Aus der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik
der Freien Universität Berlin
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. H. Helmchen

UNTERSUCHUNG ZUM VERLAUF SCHIZOPHRENER ERKRANKUNGEN EINE 5-JAHRES-KATAMNESE

Ein Versuch, aus dem AMP – Dokumentationssystem Prognosekriterien zu gewinnen

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Simone Richter
aus Berlin

1985

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547201_0033

Aus der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik
der Freien Universität Berlin
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. H. Helmchen

UNTERSUCHUNG ZUM VERLAUF SCHIZOPHRENER ERKRANKUNGEN EINE 5 - JAHRES - KATAMNESE

Ein Versuch, aus dem AMP - Dokumentationssystem Prognosekriterien zu gewinnen

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von Simone Richter
aus Berlin

Referent: Prof. Dr. H. Helmchen

Korreferent: Prof. Dr. W. Greve

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 23.5.1985

Inhaltsverzeichnis Seite

1.	Einleitung	1
1.1.	Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung	1
1.2.	Literaturübersicht	3
1.2.1.	Das diagnostische Konzept der Schizophrenie	3
1.2.2.	Methodische Probleme prognostischer Untersuchungen	11
1.2.3.	Ergebnisse bisheriger Untersuchungen zu Verlauf und Prognose schizophrener Erkrankungen	19
1.2.4.	Zusammenfassung und Diskussion der wesentlichen Literaturbefunde	37
1.3.	Spezifische Fragestellung	40
2.	Methodik	41
2.1.	Gewinnung der Stichprobe	41
2.2.	Datenerhebung	41
2.2.1.	Die frei formulierte Krankengeschichte	41
2.2.2.	Das AMP-Dokumentationssystem	42
2.2.3.	Eine in der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin entwickelte Schätzskala zur "Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß"	44
2.2.4.	Ein semistrukturiertes Interview, das für diese Untersuchung entwickelt wurde	45
2.3.	Die Nachuntersuchung	46
2.3.1.	Kontaktaufnahme mit den Patienten	46
2.3.2.	Formaler Ablauf des Interviews	46
2.3.3.	Inhaltlicher Aufbau des Interviews	49
2.4.	Operationalisierung des Begriffes "chronifiziert"	51
2.5.	Statistik	53
3.	Ergebnisse	55
3.1.	Die Gesamtstichprobe	55
3.2.	Die nachuntersuchten Patienten (n = 47)	58

3.2.1.	Beschreibung der später chronifizierten Patienten bei Indexaufnahme	62
3.2.1.1.	Soziodemographische Daten (AMP-Beleg 1)	62
3.2.1.2.	Daten der Krankheitsvorgeschichte (AMP-Beleg 2)	65
3.2.1.3.	Psychopathologischer Befund (AMP-Beleg 3)	65
3.2.1.3.1.	Formal-quantitative Ebene	66
3.2.1.3.2.	Syndrom-Ebene	66
3.2.1.3.3.	Item-Ebene	66
3.2.1.4.	Somatischer Befund (AMP-Beleg 4)	68
3.2.1.4.1.	Formal-quantitative Ebene	68
3.2.1.4.2.	Item-Ebene	69
3.2.1.5.	Befunde zum stationären Verlauf	70
3.2.1.5.1.	Dauer des stationären Aufenthaltes	70
3.2.1.5.2.	Medikamentöse Behandlung während des Aufenthaltes und bei Entlassung	71
3.2.1.5.3.	"Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß"	72
3.2.1.5.4.	Art der Entlassung	72
3.2.2.	Beschreibung der später nichtchronifizierten Patienten bei Indexaufnahme	75
3.2.2.1.	Soziodemographische Daten (AMP-Beleg 1)	75
3.2.2.2.	Daten der Krankheitsgeschichte (AMP-Beleg 2)	77
3.2.2.3.	Psychopathologischer Befund (AMP-Beleg 3)	77
3.2.2.3.1.	Formal-quantitative Ebene	78
3.2.2.3.2.	Syndrom-Ebene	78
3.2.2.3.3.	Item-Ebene	78
3.2.2.4.	Somatischer Befund (AMP-Beleg 4)	80
3.2.2.4.1.	Formal-quantitative Ebene	80
3.2.2.4.2.	Item-Ebene	80
3.2.2.5.	Befunde zum stationären Verlauf	82
3.2.2.5.1.	Dauer des stationären Aufenthaltes	82
3.2.2.5.2.	Medikamentöse Behandlung während des Aufenthaltes und bei Entlassung	82
3.2.2.5.3.	"Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß"	84
3.2.2.5.4.	Art der Entlassung	86
3.2.3.	Vergleich beider Gruppen in Hinblick auf die Gewinnung von Prognosekriterien	86
3.2.3.1.	Soziodemographische Daten (AMP-Beleg 1)	86

Seite

3.2.3.2. Daten der Krankheitsvorgeschichte (AMP-Beleg 2) 90
3.2.3.3. Psychopathologischer Befund (AMP-Beleg 3) 91
3.2.3.3.1. Formal-quantitative Ebene 91
3.2.3.3.2. Syndrom-Ebene 92
3.2.3.3.3. Item-Ebene 92
3.2.3.4. Somatischer Befund (AMP-Beleg 4) 94
3.2.3.4.1. Formal-quantitative Ebene 94
3.2.3.4.2. Item-Ebene 95
3.2.3.5. Der stationäre Verlauf 96
3.2.3.5.1. Dauer des stationären Aufenthaltes 96
3.2.3.5.2. Medikamentöse Behandlung während des Aufenthaltes und bei Entlassung 97
3.2.3.5.3. "Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß" 99
3.2.3.5.4. Art der Entlassung 100

3.3. Zusammenfassung der wichtigsten Befunde 100
3.3.1. Soziodemographische Unterscheidungsmerkmale 100
3.3.2. Unterscheidungsmerkmale der Krankheitsvorgeschichte 101
3.3.3. Unterscheidungsmerkmale des psychopathologischen und somatischen Befundes 101
3.3.4. Unterscheidungsmerkmale des stationären Verlaufs 102

3.4. Ergebnisse zum Verlauf der später chronifizierten Patienten seit Indexentlassung 103

3.4.1. Die Sozialanamnese 103
3.4.2. Der Krankheitsverlauf 109
3.4.3. Der psychopathologische Befund bei Nachuntersuchung 112

3.5. Ergebnisse zum Verlauf der später nicht-chronifizierten Patienten seit Indexentlassung 112

3.5.1. Die Sozialanamnese 113
3.5.2. Der Krankheitsverlauf 118
3.5.3. Der psychopathologische Befund bei der Nachuntersuchung 121

4. Diskussion 122

4.1. Zu methodischen Aspekten der Untersuchung 122

4.2. Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur 126

4.2.1. Soziodemographische Daten 126

Seite

4.2.2. Psychopathologische Symptome 132
4.2.3. Stationärer Verlauf 135
4.3. Schlußfolgerungen aus den Ergebnissen 138

5. Zusammenfassung 140

6. Literaturverzeichnis 142

7. Tabellen 151

8. Abbildungen 190

9. Anhang

1. Einleitung

1.1 Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung

Kenntnisse zu gewinnen über den Verlauf einer Erkrankung und damit auch über die Prognose gehört zu den ältesten Aufgaben der Medizin. In der klassischen Psychiatrie nahm man im allgemeinen an, daß der Verlauf zum chronisch schizophrenen Defekt unaufhaltsam sei und man sehr wenig unternehmen könne, den dann eingetretenen "Defekt-Zustand" zu verbessern. An der KRAEPELINschen Grundvorstellung, wonach der ungünstige Verlauf bis zum Defekt ein konstituierendes Element der Diagnose Schizophrenie sei und eine direkte Beziehung zwischen Verlauf und Ursache der Erkrankung bestehe, ist jahrzehntelang festgehalten worden. Dagegen wurde die Vielfalt der Verlaufsformen, besonders die Vorstellung, daß die Diagnose Schizophrenie nicht mehr ausschließlich einen ungünstigen Verlauf zur Folge habe, besonders plastisch in den großen Katamnesen von BLEULER, M. (1972 a) und GROSS, HUBER, SCHÜTTLER (1973) hervorgehoben. Obwohl die Vorstellung KRAEPELINs verlassen wurde und trotz der o. g. Befunde BLEULERs und HUBERs, gibt es einen bestimmten Anteil an chronifizierten Verläufen schizophrener Erkrankungen. Bei ungefähr der Hälfte ihrer Patienten fanden BLEULER, M. (1972 a) und BROWN et al. (1966) einen ungünstigen Verlauf. In zahlreichen Untersuchungen wurde immer wieder nach Kriterien gesucht, die bei Beginn der Erkrankung einen günstigen von einem ungünstigen Verlauf unterscheiden.

Die Beurteilung der Prognose ist z. B. wichtig, um verschiedene Therapieformen miteinander vergleichen zu können. Auch für Längsschnittver-

gleiche verschiedener Landesregionen oder Kulturen ist sie notwendig. Ein wesentlicher Grund ist jedoch eine möglichst genaue prognostische Beurteilung für die Indikationsstellung zu bestimmten Behandlungsmaßnahmen, die heute zur Verfügung stehen. Besonders ist dabei an die neuroleptische Langzeitmedikation zu denken, da 10 - 20 % der schizophrenen Patienten auch ohne Langzeitmedikation keinen Rückfall erleiden, ein Drittel der Patienten jedoch trotz zuverlässig durchgeführter Langzeitmedikation erneut erkranken (PIETZCKER 1978). Es erhebt sich deshalb die Frage, welche Patienten wegen des Spontanverlaufes ihrer Erkrankung keine Langzeitmedikation benötigen und bei welchen kostenintensive Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt sind oder wer von einer Psychotherapie profitiert. Die multidimensionale Prognoseforschung hat dazu versucht, Prädiktoren für die Entwicklung in verschiedenen Lebensbereichen herauszuarbeiten (GAEBEL et al. 1981). Darüberhinaus ist es notwendig, zu Beginn der Erkrankung Prognosekriterien zu kennen, um die Fragen des Patienten oder seiner Angehörigen zum weiteren Verlauf der Krankheit und der Gefährdung nach Klinikentlassung besser beantworten zu können und dem Patienten Hilfestellung zur Prävention einer erneuten Erkrankung geben zu können.

Ziel dieser Untersuchung ist es, Prognosekriterien für den Verlauf einer Schizophrenie aus den klinischen Daten der Ersterkrankung zu gewinnen. Es wurde von der Frage ausgegangen, ob sich Patienten mit einem später günstigen Krankheitsverlauf schon zu Beginn der Erkrankung von Patienten mit einem ungünstigen Verlauf unterscheiden.

1.2. Literaturübersicht

1.2.1 Das diagnostische Konzept der Schizophrenien

KRAEPELIN definierte 1896 die "Dementia praecox" als Krankheitseinheit und faßte darunter eine Reihe von Krankheitsbildern mit charakteristischer Symptomatik zusammen, "deren gemeinsame Eigentümlichkeit der Ausgang in eigenartige Schwächezustände bildet" (zit. nach KRAEPELIN 1904). Der progrediente Verlauf zur "Demenz" war für ihn das wichtigste Klassifikationsmerkmal neben der Symptomatik. Die Entwicklung des Ansatzes "Krankheitsbilder nicht durch Klassifizierung der Symptome, sondern durch Beobachtung des Gesamtverlaufes zu gewinnen" (ACKERKNECHT 1967), erreichte damit in der KRAEPELINschen Schule ihren Höhepunkt. Mit der Annahme eines progredienten Verlaufes nahm KRAEPELIN in Kauf, daß all die Fälle ausgeschlossen wurden, bei denen später eine Heilung erfolgte. Später stellte er in Frage, "ob diese Ausscheidung berechtigt ist, jedenfalls lassen sich Gründe anführen, die dagegen sprechen" (KRAEPELIN 1921). 1913 wurde von ihm entgegen diesem Konzept eine Heilungsrate von 12,6 % angegeben, die sich jedoch aufgrund von zahlreichen späteren Rückfällen dieser Patienten auf 2,6 % verminderte (zit. nach WHO 1979).

E. BLEULER schlug 1911 den heute noch gültigen Begriff "Gruppe der Schizophrenien" vor, zu dem in seinem Werk "Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien" zu lesen steht: "... daß wir mit dem Begriff 'Dementia praecox' oder Schizophrenie eine Psychosengruppe bezeichnen, die bald chronisch, bald in Schüben verläuft, in jedem Stadium haltmachen kann oder zurückgehen kann, aber wohl kaum eine

'restitutio ad integrum' erlaubt. Sie wird charakterisiert durch eine spezifisch geartete, sonst nirgends vorkommende Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehung zur Außenwelt" (BLEULER, E. 1911). BLEULER, E. wandte sich aufgrund seiner eigenen Beobachtungen - 25 % der Patienten mit typisch schizophrener Symptomatik zeigten eine günstige Entwicklung - gegen die Annahme der Entwicklung einer Demenz, zweifelte aber selber an der Möglichkeit einer völligen Heilung. Von BLEULER wurde 1916 erstmals hervorgehoben, daß die prognostisch günstigen von den ungünstigen Verläufen allein durch die Psychopathologie nicht zu unterscheiden seien (E. BLEULER 1966). Ferner wurden von ihm die wichtigen Dimensionen der Verlaufsbeschreibung "Richtungsprognose" und "Streckenprognose" eingeführt. "Richtungsprognose" bezog sich auf den Gesamtverlauf, "Streckenprognose" auf Verlauf und Ausgang der aktuellen Krankheitsepisode (zit. nach WHO 1979). Die Zwei-Jahres-Verlaufsstudie "International Pilot Study of Schizophrenia" (WHO 1979), auf die später noch eingegangen wird, entspricht der letzten Dimension.

JASPERS schrieb 1913 in seinem Werk "Allgemeine Psychopathologie" nur wenig über seine Prognose. Folgendes Zitat zum "Schizophrenen Verlauf" ist Ausdruck für den damaligen Forschungsstand: "Für akute Psychosen gilt der Satz: Wenn das Körpergewicht wieder regelmäßig zunimmt und wenn bei Frauen die Menstruation wieder einsetzt, ohne daß das psychische Verhalten eine erhebliche Besserung zeigt, so bedeutet das den Übergang in einen chronischen unheilbaren Zustand" (JASPERS 1965). Auch JASPERS erwähnt Fälle, die auch noch später in Heilung übergingen, räumte jedoch ein, daß es sich dabei

meist um Melancholien handele (JASPERS 1965).

Der Gehirnpathologe und Psychiater WERNICKE forschte zur gleichen Zeit wie KRAEPELIN auf dem Gebiet der "Dementia praecox" und beschrieb vor allem akute, größtenteils ausheilende Formen endogener Psychosen, KRAEPELIN hingegen überwiegend chronische, hauptsächlich schizophrene Formen. Die Prognose, von der KRAEPELIN seine Aussagen zur Ätiologie herleitete, war für WERNICKE nicht entscheidend. Er sah bei gleichem Krankheitsbild einen günstigen oder ungünstigen Ausgang. Abweichend von der Auffassung WERNICKEs bekannte sich KLEIST bezüglich der Prognose zu KRAEPELINs Konzeption. Das wesentliche seiner Forschungsrichtung war, herauszustellen, daß Psychosen, die in ihrer Symptomatik an Schizophrenien erinnern, einen günstigen phasischen Verlauf nehmen können (LEONHARDT 1972). LEONHARDTs eigene Untersuchungen ergaben, daß die Hälfte aller schizophrenen Erkrankungen ausheilten. Er schloß sich mit KLEIST der Auffassung KRAEPELINs an, daß im Falle einer Heilung die Diagnose Schizophrenie nicht aufrechterhalten werden könne.

Ebenso wie KLEIST und LEONHARDT ging LANGFELDT (1937) in den dreißiger Jahren bei einer Heilung der Patienten von einer Fehldiagnose aus. Er war der Ansicht, daß es hierbei eine zentrale Gruppe gibt, deren Prognose immer schlecht sein wird. Die prognostisch günstigen Psychosen grenzte er von den Schizophrenien KRAEPELINscher Art ab und nannte sie "schizophreniforme" Psychosen. LANGFELDT nahm an, daß nicht nur die Prognose, sondern sicherlich auch die Ätiologie und Pathogenese der beiden Gruppen unterschiedlich sei (LANGFELDT 1960).

Dieser Revision der Diagnose Schizophrenie konnte K. SCHNEIDER (1950) nicht zustimmen, war aber auch der Meinung, daß eine schizophrene Erkrankung in der Regel, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, einen ungünstigen Verlauf nehme. In seinem Werk "Klinische Psychopathologie" schrieb er: "Die Verschiedenheit in der Handhabung der Diagnose Schizophrenie oder Zyklothymie beruht im wesentlichen darauf, ob man bei der Diagnose das entscheidende Gewicht auf den Zustand oder auf den Verlauf legt. Wer (wie wir) das erstere tut, wird besonders dann, wenn eine Psychose schizophrene Symptome 1. Ranges gezeigt hat, diese Diagnose auch aufrechterhalten, wenn die Psychose restlos ausheilt" (SCHNEIDER 1950). K. SCHNEIDER stellte also ebenso wie E. BLEULER und im Gegensatz zu LANGFELDT die Diagnose Schizophrenie aus dem psychopathologischen Querschnittsbefund heraus, ohne den Verlauf miteinzubeziehen.

Seit den fünfziger Jahren konzentrierten sich die Untersuchungen in Fortführung des LANGFELDTschen Ansatzes vor allem auf die Unterscheidung "schizophreniforme" oder "reaktive" Schizophrenien von den "Prozeßschizophrenien". Autoren wie EITINGER et al. (1958), FAERGEMANN (1963), STEPHENS und ASTRUP (1965), ASTRUP und NOREIK (1966), ACHTÉ (1967) und andere nahmen in ihren Untersuchungen LANGFELDTs diagnostische Kriterien als Grundlage und konnten seine Ergebnisse hinsichtlich der unterschiedlichen Symptomatik und Prognose beider Gruppen bestätigen. Allen Autoren ist gemeinsam, daß sie bei einer Schizophrenie von einem prozeßhaften Geschehen ausgehen (CIOMPI und MÜLLER 1976). STEPHENS veröffentlichte 1978 eine Übersicht

von 38 Langzeitverläufen - die auch deutschsprachige Untersuchungen von M. BLEULER (1972 a) und HUBER et al. (1975) enthält -, in der er als übereinstimmendes Ergebnis der Untersuchungen fand, daß sowohl die Prozeßschizophrenien als auch die Schizophrenien mit unspezifizierten diagnostischen Kriterien eine wesentlich schlechtere Prognose hatten, als die sog. reaktiven Schizophrenien. STEPHENS selber versteht unter alldem, was allgemein unter "reaktiver" Psychose, "nicht prozeßhafter" Schizophrenie, "schizophreniformer" Psychose, "akut verwirrter" Psychose oder "schizoaffektiver" Psychose bezeichnet wird, eine eigene akute Krankheitsform, die nicht mit der eigentlichen Schizophrenie verwechselt werden sollte (STEPHENS 1978).
Für CIOMPI und MÜLLER (1976) war in ihrer katamnestischen Langzeitstudie bis ins Senium: "Lebensweg und Alter der Schizophrenen" nicht der Verlauf, sondern das psychopathologische Bild in der Anfangsphase der Erkrankung entscheidend. Sie hoben hervor, daß es wichtig sei, die Diagnostik nicht mit dem Verlauf zu vermischen und stimmten mit M. BLEULER (1972 b) überein, der in "Klinik der schizophrenen Geistesstörungen" schrieb: "Wird Unheilbarkeit als entscheidendes Merkmal der Schizophrenie betrachtet, so wird die Frage müßig, wieviele Schizophrenien ausheilen und wieviele nicht". M. BLEULERs diagnostisches Konzept basiert ebenfalls allein auf dem psychopathologischen Querschnittsbefund. Das Konzept der eben erwähnten Arbeit von CIOMPI und MÜLLER (1976) unterschied sich von dem weiten Begriff der Amerikaner "praktisch alle nicht

organischen Psychosen als Schizophrenie zu diagnostizieren" (zit. nach STEPHENS 1978) wie auch von der besonders in den skandinavischen Ländern angestrebten engen Auslegung mit einer vorwiegend im Verlauf begründbaren Unterscheidung in eine schizophrene Kerngruppe und eine schizophreniforme Psychose.
GROSS, HUBER, SCHÜTTLER veröffentlichten 1973 eine Untersuchung über 449 schizophrene Patienten der Bonner Klinik. Ihre diagnostischen Kriterien waren die von K. SCHNEIDER. Zum Prozeßbegriff meinten die Autoren: "Er ist bei der Schizophrenie so gut wie nie im Sinne einer stetigen unaufhaltsamen Progredienz, allenfalls im Sinne des Fortschreitens bis zu einem gewissen Krankheitsstadium mit relativem Stationärbleiben und Rückbildung der spezifisch schizophrenen Züge im weiteren Verlauf anwendbar" (GROSS et al. 1973). Die Arbeiten von GROSS et al. (1971, 1973) sind von Bedeutung, da ihr Schizophreniebegriff ähnlich eng gefaßt ist wie derjenige der skandinavischen Autoren. ASTRUP und NOREIK (1966), HOLMBOE und ASTRUP (1957), LINDELIUS (1970) oder der von STEPHENS (1970), enger jedenfalls als der von M. BLEULER (1972 a). Trotzdem kommen GROSS et al. zu gleichen Ergebnissen wie M. BLEULER, konnten also die relativ ungünstigen Entwicklungstendenzen der Prozeßschizophrenie im Sinne von LANGFELDT, ASTRUP, STEPHENS u. a. nicht bestätigen (CIOMPI und MÜLLER 1976).
Untersuchungen der Amerikaner stimmten ebenfalls nicht mit der Vorstellung eines ungünstigen Verlaufes überein. Grund dafür war, daß die Kriterien für die Diagnose Schizophrenie

in der amerikanischen Psychiatrie viel weiter gefaßt waren. Dies zeigte besonders deutlich die erste (amerikanisch-britische) Studie, die als U.S.-U.K. Diagnostic Project bekannt geworden ist (COOPER et al. 1972). Die Autoren verglichen hier die Diagnosen, die in Londoner Krankenhäusern gestellt wurden, mit denen in New Yorker Krankenhäusern. In New York wurde die Diagnose Schizophrenie neunmal häufiger gestellt als die einer affektiven Psychose; in London war das Verhältnis ungefähr gleich. Die Ergebnisse machten deutlich, daß der Unterschied zu einem erheblichen Teil, wenn nicht sogar ganz, auf die verschiedenen Arten des Diagnostizierens in beiden Ländern zurückzuführen war.
MC CABE et al. (1971), FOWLER et al. (1972) u. a. trennten die "good prognosis schizophrenia" von der "poor prognosis schizophrenia", indem sie von zwei völlig getrennten Krankheitsbildern ausgingen. Sie betrachteten die günstig verlaufenden Fälle nicht als schizophren, sondern als Form der affektiven Erkrankungen, da sich bei den Blutsverwandten dieser Patienten häufiger affektive Erkrankungen zeigten und die Patienten selbst häufiger eine depressive Symptomatik hatten.
Noch 1969 stellte FREEMAN fest, daß die Diagnose der Schizophrenie fast vollständig vom individuellen Konzept des Psychiaters abhinge. Das Fehlen einheitlicher Beschreibungskategorien führe nicht nur zu diagnostischen Unklarheiten, sondern auch zu Schwierigkeiten bei der Therapie- und Prognoseforschung (FREEMANN 1969).
Die Gruppe um STRAUSS und CARPENTER (BARTKO et al. 1974, CARPENTER et al. 1974, HAWK et al. 1975) hatten sich besonders mit dem Problem

der Diagnostik auseinandergesetzt. Sie kamen zu dem Ergebnis, daß keine Beziehung zwischen breit angelegten Diagnosekriterien, wie z. B. im DSM II, und dem Krankheitsverlauf bestehe. Ihre Untersuchungen, die ungefähr mit denen einer Fünf-Jahres-Nachuntersuchung von BROWN et al. (1966) übereinstimmten, ergaben ein völlig heterogenes Verlaufsbild (STRAUSS und CARPENTER 1972). Als einen Grund für die schlechte Prognose der Schizophrenie gaben die Autoren an, daß die Diagnose erst nach Eintritt der Chronizität gestellt wird. Daher sei eine schlechte Prognose als Tautologie - da ja chronische Patienten chronisch sind - und nicht als unabhängiges Kriterium zu werten (HAWK et al. 1975).

In einer 10-jährigen katamnestischen Studie bestätigte VAILLANT (1978), daß die Prognose unabhängig von der Diagnose ist, da bei den beobachteten Langzeitverläufen ganz unterschiedliche Ergebnisse zu sehen sind. Remittierte Patienten seien danach nicht ein anderer Typus von Schizophrenen, der einer neuen Bezeichnung bedürfe. Deshalb regte VAILLANT an, die Patienten mit einem günstigen Verlauf auch einfach schizophren zu nennen.

Die seit den siebziger Jahren vorliegenden Arbeiten zeichnen sich durch Tendenzen zur Vereinheitlichung und methodischen Angleichung der verwendeten klassifikatorischen Systeme aus. Die Bemühungen, international vergleichbare Klassifikationsmodelle zu entwickeln, führten zum System der ICD, die sich in ihrer 9. Revision in Westeuropa, Osteuropa und Nordamerika weitgehend durchgesetzt hat (DEGKWITZ et al. 1980). Eine international verbindliche Definition psychiatrischer Fachbegriffe konnte aber bis heute

nicht erarbeitet werden.
Einen wesentlichen Beitrag zur Vereinheitlichung der Diagnostik und Prognose brachte die IPSS (WHO 1979), die in vieler Hinsicht eine Ergänzung der US-UK Studie von COOPER et al. (1972) darstellt und in neun Ländern an 1202 Patienten durchgeführt wurde. Jede einzelne Patientenbeurteilung ergab eine Gesamtinformation von 1600 Items, die mit acht standardisierten Systemen ausgewertet wurde, darunter als eines der grundlegenden zur Dokumentation des psychopathologischen Querschnittbefundes, die "Present State Examination" (PSE), die in ihrem Konzept auf WING et al. (1967) zurückgeht. Die erheblichen Unterschiede in der Diagnostik konnten erst nach Einsatz eines Computerprogrammes (Catego) verbessert werden.
Damit kam man dem Ziel näher, aussagekräftige Prädiktoren zur Beurteilung schwerer psychischer Erkrankungen und zur Einschätzung ihrer Verläufe zu gewinnen.

1.2.2 Methodische Probleme prognostischer Untersuchungen

Bevor STEPHENS (1978) die erwähnte Übersicht über 38 Langzeitverläufe gab, erörterte er ausführlich das Problem der Diagnose Schizophrenie, da er der Meinung war, daß der Langzeitverlauf nicht diskutiert werden kann, ohne auf dieses Problem eingegangen zu sein. Die im vorangegangenen Abschnitt diskutierten diagnostischen Konzepte zeigen einerseits das unterschiedliche Verständnis hinsichtlich Ätiologie und Pathogenese schizophrener Erkrankungen, weisen andererseits auf die daraus ent-

stehenden Schwierigkieten der Vergleichbarkeit prognostischer Studien hin. Die mangelnde Vergleichbarkeit der Untersuchungen wurde immer wieder in der Literatur erwähnt (BELLAK 1948, LANGFELDT 1956, STRÖMGREN 1961, WHO 1979).
M. BLEULER nannte in seinem Beitrag über die "Klinik schizophrener Geistesstörungen" in "Psychiatrie der Gegenwart" (BLEULER 1972 b) folgende Schwierigkeiten der Verlaufsforschung:

1. das Problem der Trennung des Krankheitsverlaufes von der Persönlichkeitsentwicklung,
2. eine zu sehr ausgelesene Stichprobe - so wird die Bedeutung einzelner Prädiktoren durch übergreifende Stadt-Land-Unterschiede verändert,
3. zu kurze Zeiträume prospektiver Untersuchungen,
4. die Unmöglichkeit, den Verlauf unabhängig zu erforschen, wenn er zum Kriterium der Diagnose wird.

Ein wesentliches methodisches Problem und eine Schwierigkeit in der Vergleichbarkeit der Literatur stellt die unterschiedliche Beurteilung der Krankheitsverläufe dar, die von den jeweiligen diagnostischen Konzepten mitbestimmt werden. Die Frage, welche Kriterien zur Definition eines "chronifizierten" schizophrenen Krankheitsbildes oder einer "geheilten" Schizophrenie herangezogen werden müssen und wie diese Kriterien zu operationalisieren sind, ist in der vorliegenden Literatur sehr unterschiedlich beantwortet worden.
M. BLEULER (1972 a) sah eine grundsätzliche Schwierigkiet der Verlaufsuntersuchungen darin, daß der Begriff der "Heilung" einer

Schizophrenie problematisch sei. Er führt dazu aus: "Man darf nicht naiv erwarten, es liege ein Beweis für 'Gesund - und Normalsein' dann vor, wenn der Schizophrene rückblickend seine Krankheit gleich betrachtet wie der Arzt, der ihn behandelte. Vielmehr gehöre es zum gesunden Menschsein, daß derart unerhörte Erlebnisse, wie man sie in der Schizophrenie durchmacht, in subjektiver Art emotionell und intellektuell verarbeitet und erinnert werden. Ebenso gehört es zum gesunden Menschsein, daß die psychotischen Erlebnisse die persönliche Entwicklung beeinflussen und daß man nicht nach ihrem Abklingen genau derselbe Mensch sein kann wie vorher." Für BLEULER bestand die Annahme einer Heilung dann, wenn der frühere Patient wieder voll erwerbsfähig ist und seinen alten Platz in der Gesellschaft, speziell in der Familie, wieder eingenommen hat; von den Angehörigen darf er nicht mehr als geisteskrank angesehen werden und ärztliche Untersuchungen dürfen keine psychotischen Symptome mehr aufweisen. Auch bei noch vorhandenen Wahnresten, mangelhafter Einsicht in die Psychose, Einengung der Interessen und verminderter Aktivität spricht er von Heilung. Seine Heilungen beinhalteten die Vollremissionen einerseits, die guten Remissionen andererseits; sie umfaßten die "medizinischen" und die "sozialen" Heilungen (M. BLEULER 1972 a).

In einer Reihe von älteren prognostischen Studien (LANGFELDT 1937, STEPHENS und ASTRUP 1963, VAILLANT 1962, NAMECHE et al. 1964) wurde der Verlauf nach eher unklaren Begriffen wie "recovered", "improved", "changed",

"unimproved", "discharged" oder "hospitalized" beurteilt. STRAUSS und CARPENTER (1979) sahen zwar den Vorteil in der globalen Einschätzung des Verlaufes, daß der Psychiater alle Daten des Patienten verwenden kann, diese Begriffe jedoch kaum hinreichend definiert wurden und keine zuverlässige Beurteilung zuließen. VAILLANT (1962) schloß nach Durchsicht der Literatur, daß im allgemeinen die Arbeiten günstigere Verlaufsergebnisse aufweisen, die eine möglichst eng umschriebene Definition des Begriffes "recovered" anwenden. Um so enger der Begriff "recovered" gefaßt wurde, um so größer sei der Erfolg der Vorhersage gewesen. Für VAILLANT (1962) z. B. bedeutete "recovery" eine vollständige Remission der Symptomatik, die Wiedererlangung der früheren Leistungsfähigkeit und eine befriedigende Beziehung zu wenigstens einem Menschen außerhalb der Familie. LANGFELDT (1937, 1956) beurteilte dagegen den Verlauf ausschließlich von der Symptomatik her. "Completely cured" war derjenige Patient, der keine Auffassungs-, Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs- und Denkstörungen mehr zeigte, bei dem keine psychotische Symptomatik vorlag und der seine geistige Leistungsfähigkeit wiedererlangt hatte. Die soziale Anpassung spielte hier keine Rolle.

Ein weiteres Kriterium, das zur Verlaufsbeurteilung herangezogen wurde, war die Dauer der Hospitalisation. STEPHENS et al. (1966) definierten "recovered" folgendermaßen:
Es durfte kein weiterer Krankenhausaufenthalt seit Entlassung und keine psychotische Symptomatik mehr vorhanden sein. Insbesondere gegen das Verlaufskriterium der Hospitalisation

wandten sich viele Autoren (z. B. STRAUSS und CARPENTER 1972, M. BLEULER 1972 b, ASTRUP und NOREIK 1966, HEIM und SCHMID 1972). Sie hielten dieses Verlaufskriterium zur Bestimmung des Ausganges der Krankheit für ungeeignet, da es zu stark von der Entlassungspolitik des Krankenhauses und der Form der Behandlung abhinge. Außerdem beeinflusse die Möglichkeit einer Nachbetreuung (familiär, sozial) und das Drängen des Patienten auf Entlassung die Dauer des Krankenhausaufenthaltes entscheidend (HOGARTY 1968). WING (1962) fand sogar, daß ein übermäßig langer Krankenhausaufenthalt Ursache für einen schlechten Verlauf sein könne.
Spätere Untersuchungen, wie z. B. die Arbeiten von ASTRUP und NOREIK (1966) oder VAILLANT (1964) wurden differenzierter, indem sie fünf bis sechs Verlaufskategorien benutzten. Außerdem wurde jetzt dem sozialen Aspekt bei der Beurteilung des Verlaufes mehr Aufmerksamkeit geschenkt. BROWN et al. (1966) beachteten besonders diesen Aspekt und beurteilten den Verlauf nach der Arbeitsfähigkeit des Patienten und seinem psychischen Zustand innerhalb der letzten sechs Monate vor Nachuntersuchung und nach der Anzahl der psychiatrischen Klinikaufenthalte in den letzten zwei Jahren vor Nachuntersuchung. Dabei fanden sie, daß ein gebesserter oder verschlechterter Zustand hinsichtlich einer Verlaufsvariablen nicht unbedingt mit dem Zustand einer anderen Variablen korrespondierte und die Komplexität des Verlaufes (BROWN 1959, BROWN et al. 1966). Eine derartige multidimensionale Verlaufsbeurteilung war ein wesentlicher Fortschritt in der Prognoseforschung und wurde besonders von

STRAUSS und CARPENTER (1972) mit dem Ansatz sowohl Prädiktoren als auch Verlaufskriterien aus den verschiedenen Lebensbereichen möglichst genau zu operationalisieren und ihre Zusammenhänge differenziert zu untersuchen, weiter entwickelt. Der Verlauf wurde von ihnen als "komplexes Phänomen" betrachtet, der sich aus vier charakteristischen Bereichen zusammensetzte: der Dauer der Hospitalisation, der Ausprägung der Symptomatik, dem Grad der sozialen Beziehungen und dem Grad der Arbeitsfähigkeit. Die verschiedenen Verlaufskriterien seien zwar offene, aber miteinander verbundene Systeme, "open-linked-systems" (STRAUSS und CARPENTER 1972). Zur Beurteilung des Verlaufes wurden die Variablen einzeln und kombiniert betrachtet.

Die mulidimensionale Verlaufsbeurteilung wurde im letzten Jahrzehnt von vielen Autoren übernommen. Entweder wurden die Verlaufskriterien von STRAUSS und CARPENTER angewandt (GIFT et al. 1980, GAEBEL et al. 1981) oder eine ähnliche Einteilung vorgenommen (BLAND et al. 1978, JONSSON und NYMAN 1984). Einen Überblick dazu gibt die Tabelle 1. Der Fortschritt einer multidimensionalen Verlaufsbeurteilung lag darin, daß jetzt Verlauf und Ausgang einer schizophrenen Erkrankung gut operationalisiert, durch mehrere Dimensionen definiert und durch unterschiedliche Zielprädiktoren differenziert vorhergesagt wurden. Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Dimensionen bei der Beurteilung des Verlaufes und Ausgangs einer schizophrenen Erkrankung entspricht der Vorstellung von HIPPIUS (1977), daß es unzureichend wäre, als Therapieziel

nur das "frei von" psychotischer Symptomatik anzustreben, sondern es notwendig ist, daß der Patient wieder "fähig zu" realistischer Auseinandersetzung mit sich und seiner Umwelt wird.

KENDELL et al. (1979) fanden in einer Untersuchung, daß sich verschiedene operationale Definitionen von Schizophrenie in bezug auf ihre Vorhersageeffizienz unterschieden. Ein wesentlicher Grund dafür sei, daß es sich vorwiegend um retrospektive Studien handele, die sich auf Krankengeschichten stützten, in denen mit großer Wahrscheinlichkeit unterschiedliche diagnostische Kriterien verwandt würden. Die besten Bedingungen zur Gewinnung von Prognosefaktoren würden demnach prospektive Studien mit einem möglichst langen Katamnesezeitraum unter Verwendung diagnostischer Instrumente mit bekannter Validität und Reliabilität bieten. In der IPSS (WHO 1979) wurde ebenfalls das Problem der überwiegend retrospektiven Studien hervorgehoben. In diesen Arbeiten bestehe das Problem, daß der Untersucher häufig schon den Verlauf zur Zeit der Nachuntersuchung, die Diagnosenstellung und die biographische Anamnese kenne. Aber auch ohne dieses Wissen würden die Krankengeschichten gewöhnlich Informationen über den Verlauf nach Index-Behandlung enthalten und somit den Untersucher beeinflussen. Außerdem könne der psychische Zustand des Patienten bei der Nachuntersuchung seine Erinnerung beeinflussen und damit auch das Urteil des Untersuchers.

Weitere methodische Probleme, die ebenfalls die Vergleichbarkeit der Arbeiten begrenzen, stellen Variablen dar, die schwer zu operatio-

nalisieren seien, wie z. B. soziale Merkmale, Behandlungsvariablen und kulturelle Unterschiede (WHO 1979). Im Hinblick auf soziale Merkmale für den Krankheitsverlauf wiesen BROWN (1959) und BROWN et al. (1966) auf die Bedeutung der sozialen Situation nach Krankenhausentlassung und auf die Qualität der emotionalen Beziehungen in der Umgebung des Patienten hin. Die IPSS (WHO 1979) wies auf die Schwierigkeit der Beurteilung von Behandlungsvariablen in nicht dafür ausgerichteten Untersuchungen hin, wegen der variierenden sozial- und psychotherapeutischen Programme, der unterschiedlichen Pharmakotherapien und Compliance der Patienten. Darüberhinaus wirken sich interkulturell verschiedene Sozialbedingungen auf die Verläufe und ihre Ausgänge aus; so scheinen z. B. Verläufe in den Entwicklungsländern günstiger als in den Industrieländern zu sein (WHO 1979). Ebenso scheinen sie hierzulande in ländlichen Regionen besser zu sein als in den Großstädten (PIETZCKER et al. 1980).

Bei Durchsicht der Prognosestudien schizophrener Erkrankungen ergibt sich die Frage, inwieweit die Ergebnisse durch die unterschiedlichen Beobachtungszeiträume von einem bis zwanzig und mehr Jahren beeinflußt sind. STRÖMGREN (1961) betonte vor dem Hintergrund erheblicher Unterschiede zwischen Kurz- und Langzeiteffekten einer Therapie die Notwendigkeit von Langzeitstudien. Eine der wichtigsten Feststellungen aus M. BLEULERs (1972 a) Untersuchungen war, daß statistisch gesehen, etwa vom fünften Jahr nach der Erkrankung an über Jahrzehnte hin das Befinden der Kranken sich nicht mehr verschlimmert, sondern sich eher noch

bessert. SCHÜTTLER et al. (1977) kamen zu dem gleichen Ergebnis. STRAUSS und CARPENTER (1974, 1977 a) gingen aufgrund der Ergebnisse ihrer Studien davon aus, daß eine Zwei-Jahres-Nachuntersuchung einer Fünf-Jahres-Nachuntersuchung in ihrer prognostischen Aussage entsprechen würde und bestätigten damit die Ergebnisse von ACHTÉ (1967).

1.2.3 Ergebnisse bisheriger Untersuchungen zu Verlauf und Prognose schizophrener Erkrankungen

Im folgenden werden aus der Literatur Untersuchungen referiert, die Aussagen über Verlauf und Prognose schizophrener Erkrankungen enthalten und auf dem Hintergrund des jeweiligen Krankheitskonzeptes und der unterschiedlichen Beurteilung des Krankheitsverlaufes zu betrachten sind. Entsprechend der unterschiedlichen Ausgangspositionen variieren die Angaben zu den Heilungsraten schizophrener Erkrankungen von Studie zu Studie erheblich.
Ausgehend von KRAEPELINs und E. BLEULERs Heilungsraten - 2,6 % resp. 25 % - fand MAYER-GROSS (1932) in einer der ersten großen Studien zum Verlauf der Schizophrenie über einen 17-jährigen Katamnesezeitraum in Heidelberg bei 35 % von 294 Patienten einen günstigen Verlauf. Bei der 1939 in den USA veröffentlichten Studie von MALAMUD und RENDER fand sich bei einem Katamnesezeitraum von 2 - 9 Jahren bei 42 % von 309 Patienten ein günstiger Verlauf, von denen nur 14 % als vollständig geheilt bezeichnet wurden (MALAMUD und RENDER 1939). Die niedrigsten Heilungsraten mit 6,6 % ergab 1939 die 5 - 10-jährige Verlaufsstudie

in den USA von KUPP und FLETCHER (zit. nach WHO 1979) an 608 Patienten und die 11 - 18-jährige Untersuchung von JOHANSON (1958) in Schweden, die eine Heilungsrate von 11 % bei 82 männlichen Patienten fand. M. BLEULER (1972 a) beobachtete bei 66 % seiner 208 nachuntersuchten Patienten in der Schweiz einen günstigen Verlauf, und BROWN et al. (1966) gaben einen günstigen Verlauf bei 49 % der 273 nachuntersuchten Patienten in England an. Dies sind die günstigsten Verlaufsergebnisse der vorliegenden Literatur.
Die stark differierenden Verlaufsergebnisse veranlaßten die Forscher, nach prognostischen Kriterien zu suchen, die einen günstigen von einem ungünstigen Verlauf unterscheiden können:
LANGFELDT, der die Schizophrenie von der "schizophreniformen" Psychose trennte, veröffentlichte 1937 in "The Prognosis in Schizophrenia and the Factors Influencing the Course of Disease" die Ergebnisse seiner katamnestischen Studie über 100 Patienten, die in den Jahren zwischen 1926 bis 1929 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Vinderen in Oslo aufgenommen wurden mit der Diagnose "unmistakably schizophrenia". Die 1936 nachuntersuchten Patienten wurden von LANGFELDT in vier Verlaufsgruppen eingeteilt mit folgenden Heilungsraten:
17 % geheilt ("completely cured")
4 % teilweise geheilt ("partially cured")
13 % gebessert ("improved")
66 % chronifiziert ("not cured")
Er teilte die Patienten nach der Psychopathologie bei der Aufnahme in fünf Gruppen: Pa-

tienten mit paranoider Symptomatik, katatone Fälle, kataton-paranoide Fälle, hebephrenähnliche und atypische Fälle. Er fand, daß alle Patienten mit atypischer Symptomatik entweder als geheilt oder als gebessert ausgingen. Die typisch katatonen Patienten hatten die schlechteste Prognose. Die Ergebnisse seiner Studie betonten die prognostische Relevanz des psychopathologischen Aufnahmebefundes (LANGFELDT 1937). In "The prognosis of schizophrenia" (LANGFELDT 1956) zieht er ein Resümee aus seinen Betrachtungen über die wichtigsten prognostischen Faktoren:
Es gebe drei prinzipielle Formen der genuinen Schizophrenie, die KRAEPELINs "Dementia praecox" entsprechen und Krankheiten mit typischer Symptomatik und einem typisch ungünstigen Verlauf seien. Die Symptomatik entspräche den KRAEPELINschen Formen der "Dementia praecox" mit den Basismerkmalen Autismus und emotionale Verflachung, die besonders von E. BLEULER hervorgehoben wurden. Besonders ungünstig seien die Fälle mit typischer Depersonalisation und Derealisation bei klarem Bewußtsein, wobei der Beginn (akut oder schleichend) der Erkrankung hier keinen prognostischen Einfluß habe. Weitere ungünstige Prognosefaktoren seien:
Eine emotional und intellektuell schlecht entwickelte Persönlichkeit,
das Fehlen psychoseauslösender Ereignisse, schleichender Beginn,
ein ungünstiges soziales Umfeld vor und nach Beginn der Erkrankung.
Prognosefaktoren, die für einen günstigen Verlauf sprächen, seien:

Eine emotional und intellektuell gut entwickelte praemorbide Persönlichkeit,
auslösende Faktoren,
akuter Beginn,
gemischte Symptomatik (besonders manisch-depressive Merkmale),
Bewußtseinstrübung,
Symptome organischen oder psychogenen Ursprungs,
Fehlen einer typischen emotionalen Verflachung
sowie ein günstiges soziales Umfeld.
Weitere prognostische Arbeiten standen unter dem Einfluß der LANGFELDTschen Ansätze:
STEPHENS und ASTRUP (1963) konnten 143 (80 %) von 178 zwischen 1944 und 1954 mit der Diagnose Schizophrenie aus der Henry-Phipps-Klinik in Baltimore entlassene Patienten 5 - 13 Jahre später nachuntersuchen. Die auf Symptomatik und berufliche Integration basierende Einteilung in drei Verlaufsgruppen zeigte folgende Ergebnisse: 24 % geheilt, 50 % gebessert, 26 % chronifiziert.
Alle 178 Patienten wurden anhand der Krankengeschichte rediagnostiziert und in vier Syndromgruppen im Sinne LEONHARDTs eingeteilt:
Die systematischen und atypischen Schizophrenien wurden als "process"-Schizophrenie, die cycloiden und reaktiven Psychosen als "non-process"-Schizophrenie bezeichnet. Ergebnisse: Nur 2 der 97 "non-process"-Patienten, aber die Hälfte der 81 "process"-Patienten waren chronifiziert. In der "process"-Gruppe fanden sich 22 (überwiegend psychopathologische) Merkmale bei der Aufnahme, die vorwiegend auf eine schlechte Prognose hinwiesen. In der "non-process"-Gruppe sahen die Autoren 20 Kriterien für einen günstigen Verlauf.

Obwohl über die Hälfte der "process"-Patienten chronifiziert waren, konnten sie nicht vorhersagen, welcher dieser Patienten chronifizierte und welcher nicht.

VAILLANT (1962) überprüfte in einer retrospektiven Studie am Massachusetts Mental Health Center die Relevanz von sechs von ihm aus der Literatur ausgewählten prognostischen Faktoren - bei LANGFELDT mit günstigem Verlauf -, und zwar: Psychotisch-depressive Erkrankung von Blutsverwandten, akuter Beginn, Verwirrtheit oder Desorientiertheit im Aufnahmebefund, Fehlen schizoider Einstellung, psychoseauslösende Ereignisse, depressive Symptomatik. Er fügte als weiteres Kriterium hinzu, die Beschäftigung mit dem Tod während der akuten Phase.

VAILLANT wählte von 200 schizophrenen Patienten 30 aus, die mindestens ein Jahr lang psychotherapeutisch behandelt und von ihm als geheilt angesehen wurden. Diese Gruppe wurde mit 35 chronifizierten Patienten in einer zweijährigen retrospektiven Studie verglichen.

Die statistische Signifikanz der sechs Prognosefaktoren wurde bestätigt, ebenfalls das Kriterium: Beschäftigung mit dem Tod. 97 % der geheilten Patienten hatten drei oder mehr positive prognostische Kriterien, aber nur 27 % der chronifizierten Patienten. An den geheilten Patienten fiel ihm eine an eine affektive Psychose erinnernde Symptomatik auf und die Existenz einer psychotischen Depression bei Blutsverwandten.

In zwei prospektiv angelegten Studien, einer Zehn-Jahres-Nachuntersuchung an 72 Patienten

und einer Kurzzeit-Studie (1 - 2 Jahre) an 103 schizophrenen Patienten untersuchte VAILLANT nochmals 1964 die Relevanz der sieben Prognosekriterien. Patienten mit vier oder mehr dieser Kriterien hatten einen günstigen Verlauf. Insgesamt konnte damit der Verlauf in 82 % der Fälle vorhergesagt werden (VAILLANT 1964).

STEPHENS et al. (1966) bestätigten aus der Untersuchung zweier extrem variierender Gruppen (einerseits chronisch-psychotische und mindestens fünfjährig hospitalisierte Patienten, andererseits geheilte Patienten ohne weiteren Klinikaufenthalt) von je 50 Patienten über neun Jahre mit acht Prognosekriterien die Methodik und prognostischen Aussagen VAILLANTs. Die Bildung von Untergruppen der Schizophrenie wurde als weniger aussagekräftig angesehen.

Diesen vorgestellten Arbeiten ist gemeinsam, daß sie unter dem Einfluß der Studien von LANGFELDT stehen. VAILLANT und STEPHENS et al. waren danach in der Lage, wenigstens 80 % der Verläufe vorherzusagen. In den Studien von STEPHENS et al. (1966) und VAILLANT (1962) wurden die Unterschiede zwischen Patienten mit einer günstigen versus ungünstigen Prognose verstärkt, indem bereits nur chronifizierte bzw. nur geheilte Patienten ausgewählt wurden und nicht ganz eindeutige Fälle ausgenommen waren. Eine Schwierigkeit all dieser Studien besteht darin, daß Erst- und auch Wiederaufnahmen untersucht wurden. Bei den Wiederaufnahmen ist jedoch die Wahrscheinlichkeit groß, daß sich hier schon vermehrt Patienten

mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf ansammeln.
Die überwiegend klinischen Prognosekriterien wurden ergänzt durch Verlaufsuntersuchungen, die sich mit individuell-sozialen Faktoren auseinandersetzten. Die MAUDSLEY-Gruppe (BROWN et al. 1962, 1972) leistete seit den sechziger Jahren einen wichtigen Beitrag zur Prognoseforschung durch die Untersuchung des Einflusses der emotionalen Einstellung der familiären Bezugspersonen dem Kranken gegenüber. Hier konnte gezeigt werden, daß der sozial-familiäre Rahmen offenbar sehr bedeutsam den weiteren Verlauf schizophrener Erkrankungen beeinflußt.
BROWN et al. (1962) untersuchten dazu 128 schizophrene männliche Patienten (Erst- und Mehrfachaufnahmen) aus acht psychiatrischen Kliniken Londons, indem neben dem psychopathologischen Befund bei der Entlassung durch zweimaligen Hausbesuch das emotionale Verhalten des nächsten Angehörigen dem Patienten gegenüber bewertet wurde. Dabei wurden als "emotional involvement" registriert: Ausgedrückte Emotion, Feindseligkeit und Dominanz der Angehörigen.
Von den 128 Patienten kamen 41 % innerhalb eines Jahres erneut in die Klinik, davon 56 % aus "high emotional involvement" Beziehungen, 21 % aus "low emotional involvement" Beziehungen.
Eine weitere Studie von BROWN et al. ist 1972 mit verbesserter, standardisierter Methodik durchgeführt worden, um die "expressed emotions" qualitativ besser beurteilen zu können. Maßstab war die Anzahl kritischer Bemer-

kungen über den Patienten und seine Krankheit, feindseliges sowie überfürsorgliches Verhalten.
Die damaligen Ergebnisse konnten bestätigt bzw. erweitert werden: Das wichtigste prognostische Kriterium war die Anzahl der kritischen Bemerkungen, gewöhnlich feindseliger Natur, die die Bezugsperson einem ausgedehnten Interview kurz nach der Aufnahme des Patienten machte. 58 % der Patienten aus einer "high expressed emotion" Beziehung erlitten im gleichen Jahr einen Rückfall, hingegen nur 16 % aus einer "low expressed emotion" Beziehung (BROWN et al. 1972).
VAUGHN und LEFF bestätigten in einer vergleichbaren Studie 1976 die Ergebnisse von BROWN et al. (1972). Die Annahme BROWNs, durch zuverlässige Psychopharmakaeinnahme und möglichst geringen persönlichen Kontakt zur Bezugsperson die Rückfallrate der Patienten aus einer "high expressed emotions" Beziehung zu senken, wurde bestätigt. Die Rückfallquote entsprach dann dem Niveau der Patienten aus "low expressed emotions" Beziehungen (VAUGHN und LEFF 1976).
Weitere Arbeiten haben ihren Schwerpunkt in der Betrachtung praemorbider Kriterien der sozialen Anpassung, Persönlichkeit und dem Verhalten des Patienten und ihrer prognostischen Aussagekraft.
VAILLANT sah z. B. die nicht schizoide Persönlichkeit als günstiges Prognosekriterium an, erfragte dieses Kriterium in seiner Arbeit aber unsystematisiert. Systematisch und methodisch besser gingen PHILLIPS (1953) und MONCK (1963) vor, die besonders die praemorbide sexuelle Reife und berufliche Anpassung als prognostisch

relevant fanden. Praemorbid gut entwickelte Persönlichkeiten seien besser in der Lage, mit ihrer Krankheit fertig zu werden, andererseits könne eine unreife Persönlichkeit als frühe Manifestation der Krankheit angesehen werden.
1969 wurde eine Skala von GITTELMAN-KLEIN entwickelt, insbesondere zur Beurteilung der praemorbiden sozialen Fähigkeiten bei Schizophrenen in der Kindheit und Jugend. Sie fanden, daß ein praemorbides asoziales Verhalten, z. B. früher sozialer Rückzug und mangelndes Interesse an Kontakten, einen ungünstigen Krankheitsverlauf vorhersage.
Von den Arbeiten, die sich durch eine besonders langdauernde Beobachtungszeit auszeichnen, sind die im deutschsprachigen Raum durchgeführten Studien von M. BLEULER (1972 a) und GROSS, HUBER, SCHÜTTLER (1973) sowie die "Lausanner-Studie" von CIOMPI und MÜLLER (1976) zu nennen.
M. BLEULER (1972 a) berichtete in seinem Werk "Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten" eine zwanzigjährige Nachuntersuchung an 100 männlichen und 108 weiblichen schizophrenen Patienten, die zwischen 1942 und 1943 im Burghölzi Hospital in Zürich aufgenommen wurden, davon 68 Erstaufnahmen. Er untersuchte alle Patienten persönlich nach, ebenfalls die Familien, wobei besonders 61 Geschwistern Aufmerksamkeit geschenkt wurde, die wenigstens einen Krankenhausaufenthalt wegen einer schizophrenen Episode hatten.
Er teilte die Patienten entsprechend der Symptomatik in Verlaufsgruppen mit folgenden Er-

gebnissen (Erstaufnahmen) ein: Heilung 27 %, leichte Endzustände 43 %, mittelschwere Endzustände 19 %, schwerste Endzustände 15 %.

Außerdem beurteilte er die Patienten nach ihrem sozialen Verlauf und teilte sie in elf Gruppen ein, von erwerbsfähig außerhalb einer Klinik, nicht betreuungsbedürftig, über zeitweise erwerbsfähig, zeitweise betreuungsbedürftig außerhalb der Klinik, bis Patienten, die beim Abschluß der Beobachtung oder Tod noch keinen fünfjährigen einigermaßen stabilen sozialen Status erreichten. Ergebnisse:

40 % erwerbsfähig außerhalb einer Klinik, nicht betreuungsbedürftig,
13 % betreuungsbedürftig außerhalb einer Klinik, erwerbs- bzw. teilerwerbsfähig,
8 % betreuungsbedürftig außerhalb einer Klinik, nicht erwerbsfähig,
29 % in psychiatrischer Klinik,
4 % wechselnd zwischen Erwerbsfähigkeit und Klinikbetreuung,
4 % ohne jemals einen einigermaßen stabilen fünfjährigen sozialen Status erlangt zu haben.

Der Anteil der Dauerheilungen lag bei einem Drittel der Patienten. Bezeichnete man als gutartig die langjährigen Heilungen und ganz leichte chronische Psychosen, verliefen zwei Drittel bis drei Viertel gutartig, die bösartigen, also schweren und mittelschweren chronischen Psychosen verliefen zu einem Drittel bis zu einem Viertel bösartig.
Bei Frauen ergaben sich gar keine, bei Männern keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen Verlauf und Herkommen (z. B. "broken home"). Erkrankten unauffällige, gesunde Men-

schen, war eine Heilung häufiger als bei praemorbid auffälligen Menschen. Bei Mädchen und Frauen spielte die Beziehung zu den Eltern für die Entwicklung und den Verlauf schizophrener Psychosen eine größere Rolle als bei Knaben und Männern. Anders als bei BROWN et al. (1962, 1972) erwies es sich als unmöglich zu entscheiden, ob die Einstellung der Angehörigen zum Patienten und seiner Krankheit den Verlauf der Schizophrenie beeinflußt oder nicht. Brachte der Tod eines der Eltern Besserung der schizophrenen Psychose, bestand eine besonders starke, aber mit quälender Ambivalenz erlebte Beziehung zum Vater oder zur Mutter. Trat in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Tod von Mutter oder Vater Verschlimmerung ein, dann waren die Kranken innerlich, äußerlich oder in jeder Hinsicht vom verstorbenen Elternteil sehr stark abhängig. Eine lose, statistisch nicht signifikant positive Korrelation bestand zwischen rührender Betreuung durch Angehörige und gutartigen phasischen Verläufen und umgekehrt zwischen dem Gefühl von Verlassenheit und ungünstigen schweren Verläufen.
Eine weitere wesentliche Langzeitstudie war die "Bonn-Studie" von HUBER und Mitarbeitern (GROSS et al. 1973, HUBER et al. 1976, 1979): Von 757 Patienten (davon 66 Erstaufnahmen), die 1945 bis 1959 in der Bonner Universitäts-Nervenklinik aufgenommen und als sichere Schizophrenien diagnostiziert worden waren, konnten 502 Patienten nachuntersucht werden, von denen 13,3 % zur Zeit der Spätkatamnese nach 22,4 Jahren dauerhospitalisiert waren.

Nach einer durchschnittlichen Verlaufsdauer

von 22,4 Jahren wurden folgende Remissions- bzw. Defizienztypen gefunden: Vollremissionen 22,1 %, uncharakteristische Remissionstypen 43,2 %, charakteristische Defizienztypen 34,7 %. Zu den uncharakteristischen Remissionstypen gehörten vorwiegend die Minimalresiduen, die leichten reinen Residualsyndrome, ausgeprägte reine Defekte und Strukturverformungen ohne Psychose. Das Bild der uncharakteristischen Residualsyndrome war durch die vielfältigen, im Querschnittsbild nicht als nicht schizophren erkennbaren Aspekte der Reduktion des gesamtseelischen Energieniveaus bestimmt. Zu den charakteristischen Defizienztypen gehörten die gemischten Residuen, die typisch schizophrenen Defektpsychosen, die chronisch reinen Psychosen und die Strukturverformungen mit Psychose. Bei den chronisch reinen Psychosen war noch nach jahrelanger Persistenz paranoid-halluzinatorischer Syndrome eine vollständige Remission möglich (HUBER et al. 1976). Die Unterscheidung von uncharakteristischen Remissions- und charakteristischen Defizienztypen war auch für die soziale Prognose wichtig: Psychopathologische Remission und soziale Reintegration korrelierten hochsignifikant. Praktisch alle Patienten mit psychopathologischen Vollremissionen waren auch sozial geheilt, davon fast 97 % auf früherem Niveau. Von den uncharakteristischen Remissionstypen waren fast 60 %, von den charakteristischen Defizienztypen nur etwa 25 % sozial geheilt.

Es wurde die prognostische Valenz der anamnestischen, klinischen und therapeutischen Daten untersucht. Die einzelnen Prognosekriterien sind der Tab. 3 a und b zu entnehmen.

Zu den Prognosekriterien fassen HUBER et al. (1980) zusammen: "Für die praktische Indiviudalprognose beim einzelnen Patienten sind Rückschlüsse allenfalls möglich, wenn mehrere, die Dauerprognose gleichsinnig beeinflussende Faktoren kumulieren und prognostisch

gegensinnige Faktoren fehlen. Doch besagt auch die Kombination mehrerer günstiger oder ungünstiger Prognosefaktoren und das Fehlen von Faktoren mit konträrer prognostischer Relevanz für den einzelnen Patienten nichts zwingendes. Im Erkrankungsbeginn ist eine einigermaßen verläßliche Individualprognostik nicht möglich. Im Unterschied zu vielen Pionieren der Verlaufs- und Prognoseforschung und in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Lausanne (von CIOMPI und MÜLLER 1976)- und Zürich-Studie (v. M. BLEULER 1972 a) können die Befunde der Bonn-Studie (v. HUBER et al. 1976) die Annahme nicht stützen, daß schon im Erkrankungsbeginn Kern- und Randschizophrenien, ungünstige und günstige Verläufe differenzierbar sind. Auch die Bonn-Studie belegt die Einflußnahme von peristatischen und Persönlichkeitsfaktoren und kann auch dadurch dazu beitragen, den, wie BLEULER sagt, schädlichen Mythos von der Unbeeinflußbarkeit und Unheilbarkeit der Schizophrenie endgültig zu überwinden". (Die Klammern stammen vom Autor).

Dem Einfluß des biologischen und psychologischen Alterns auf die Schizophrenie sind CIOMPI und MÜLLER (1976) in ihrer Langzeitstudie "Lebensweg und Alter der Schizophrenen" im Rahmen der "Enquete de Lausanne" nachgegangen. Ihre Arbeit stellt unter diesem Gesichtspunkt eine Ergänzung der Studien von M. BLEULER und G. HUBER dar. Die von CIOMPI und MÜLLER untersuchten Prognosekriterien sind der Tab. 3 a und b zu entnehmen.

Eine bedeutende Weiterentwicklung in der Prognoseforschung des letzten Jahrzehntes ging parallel zur Entwicklung einer "multiaxialen" Diagnostik (HELMCHEN 1980) und bestand in dem Ansatz einer differentiellen multiaxialen Prognostik. Dabei werden neben den Achen Symptomatik und Verlauf die sozialen Beziehungen, die Arbeitsfähigkeit und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes zum Zeitpunkt der Prognosestellung wie des

Verlaufsausganges erfaßt und in Beziehung zueinander gesetzt.
So untersuchten STRAUSS und CARPENTER (1974, 1977 a) im Rahmen der IPSS (WHO 1979) die Beziehung von Prädiktoren zu den Verlaufsvariablen soziale Beziehungen, Arbeitsfähigkeit, Symptomatik und Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Die Prädiktoren wurden im Rahmen einer prospektiven Studie gewonnen. Man benutzte standardisierte Fragebögen zur Anamneseerhebung sowie das PSE (WING et al. 1974) zur Dokumentation des psychopathologischen Befundes. Die Diagnosekriterien stützten sich auf das DSM II. Außerdem wurde eine Prognoseskala und eine outcome-Skala bekannter Reliabilität verwandt. Von 105 Patienten aus drei psychiatrischen Krankenhäusern in Maryland, die in den letzten fünf Jahren weniger als drei Jahre stationär behandelt worden waren, wurden 85 Patienten nach zwei Jahren nachuntersucht und dabei 14 Items einer Prognose-Skala überprüft. Es fanden sich Prädiktoren mit unterschiedlicher prognostischer Aussagekraft für die einzelnen Verlaufskriterien. So war die Arbeitsvorgeschichte der beste Prädiktor für das Verlaufskriterium spätere Arbeitsproduktivität, die Häufigkeit sozialer Kontakte der entscheidende Prädiktor für das Verlaufskriterium soziale Kontakte, die Dauer früherer Krankenhausaufenthalte prognostizierte am besten das identische Verlaufsmerkmal und war darüberhinaus bester Prädiktor für alle drei Verlaufsmerkmale. Kein spezifischer Prädiktor konnte das Verlaufskriterium Schwere der Symptomatik vorhersagen.
Für den Klinikalltag könne aus der Dauer der früheren Hospitalisation einer Aussage zum Verlauf gemacht werden, die effektiver werde durch die Addition der Scores der drei wichtigsten Prädiktoren.
STRAUSS und CARPENTER (1977 a) bestätigten in dieser Untersuchung ihre Ergebnisse von 1974.
BLAND et al. (1976) untersuchten ebenfalls unter

dem Ansatz einer multiaxialen Prognose 88 Patienten des Alberta-Hospitals, Potonka, USA, die zehn Jahre später nachuntersucht wurden. Es wurden die Prädiktoren von VAILLANT (1964) und STEPHENS et al. (1966) sowie einige soziodemographische Daten im Hinblick auf drei Verlaufsvariablen psychischer Status, soziale Beziehungen, und berufliche Situation untersucht. Die Autoren betonten, daß der Prädiktor Dauer früherer Krankenhausaufenthalte bei der oben erwähnten Untersuchung von STRAUSS und CARPENTER (1974) nicht sehr aussagekräftig sei, da diese Autoren im Gegensatz zu ihnen nicht nur Erstaufnahmen untersuchten.

BLAND et al. (1976) fanden, die allgemein akzeptierten Prädiktoren nur 20 - 25 % der Verlaufsvariablen erklären können, aber einzelne Merkmale hochsignifikant mit dem Verlauf korrespondieren, und zwar diejenigen, die in Beziehung zu dem individuellen Bedarf an psychiatrischer Hilfe standen, z. B. Dauer der ersten stationären Behandlung, Anzahl der Wiederaufnahmen, Dauer der Psychopharmakamedikation. Alle ihre Patienten kamen nach den Kriterien von STEPHENS und VAILLANT in die schlechteste Verlaufsgruppe; nach der eigenen Verlaufsbeurteilung waren 22 % chronifiziert, 25 % gebessert und 53 % geheilt bzw. leicht beeinträchtigt. Die "International Pilot Study of Schizophrenia" (WHO 1979) - s. Abschnitt 1.2.1 - hatte im Vergleich zu früheren Studien die Vorteile:

1. prospektiv zu sein (über zwei Jahre),
2. standardisierte Meßinstrumente von speziell ausgebildeten Psychiatern zu verwenden,
3. Überprüfung der klinischen Beurteilung innerhalb und zwischen den Untersuchungszentren,
4. Beteiligung von Patienten aus neun verschiedenen Ländern.

Es wurden von 1202 Patienten 906 ersterkrankte Patienten mit den Diagnosen: Schizophrenie, Depression und Manie nachuntersucht.
47 Prädiktorvariablen aus drei Bereichen wurden untersucht, die aus soziodemographischen (A), biographischen Daten (B) und Variablen der aktuellen Krankheitsepisode (C) bestanden (Class A, B. C). Verlauf und Ausgang wurden der multidimensionalen Prognostik entsprechend durch sechs Kategorien definiert:

1. Dauer der Krankheitsepisode
2. Prozentsatz der psychotischen Episode während der Nachuntersuchungszeit
3. psychopathologische Remissionstypen
4. Typus der psychotischen Episode (eindeutig schizophren, wahrscheinlich schizophren affektiv),
5. Grad der sozialen Remission,
6. gesamte Verlaufsbeurteilung.

Für jede der outcome-Variablen wurden mithilfe der stufenweisen Regressionsanalyse die fünf besten Prädiktoren der "Classes A, B, C" ermittelt. In der Tab. 3 a und b werden die Prognosekriterien für den gesamten Verlauf aufgeführt.
Beurteilung des Gesamtverlaufes: 25 % sehr günstig, 25 % günstig, 20 % gebessert ("intermediate"), 11 % ungünstig, 19 % sehr ungünstig. Es fand sich, daß Kriterien, die generell als prognostisch günstig angesehen wurden (affektive Symptomatik, akuter Beginn, gut entwickelte prämorbide Persönlichkeit, verheiratet) wirkliche gute Prädiktoren sind, während andere Faktoren wie z.B. schleichender Beginn, lange Dauer der Erkrankung vor Anfangsbehandlung, schlecht entwickelte prämorbide Persönlichkeit, verwitwet, geschieden, getrennt, aussagekräftige Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf sind.
Die Studie ergab, daß die Verlaufsprädiktoren in den verschiedenen Ländern variieren. Die Unterschiede

sind zwischen den Entwicklungsländern und Industriestaaten groß. Das bedeutet, daß die Ergebnisse aus Prädiktor-Studien für Europa und Nordamerika nicht sehr nützlich für andere Länder sind.
BLAND und ORN (1980 a) untersuchten die 21 Symptome des"New Haven Schizophrenia Index" (ASTRACHAN et al. 1972) in schrittweiser Regressionsanalyse und fanden, daß damit immerhin 40 % der Verlaufsvarianz vorhergesagt werden könne, obwohl die Korrelation der einzelnen Symptome zum Verlauf gering war. Mit einem schlechten Verlauf bei Beginn der Erkrankung korrelierten: Inadäquater Affekt, Mutismus, Negativismus, mit einem günstigen Verlauf: Assoziationsstörungen.

BLAND und ORN (1980 b) fanden bei Überprüfung der einzelnen 1. Rang-Symptome SCHNEIDERs eine Vorhersagemöglichkeit von 25 %. Verbunden mit einem günstigen Verlauf bei Beginn der Erkrankung waren: Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Fremdbeeinflussungserlebnisse, mit einem schlechten Verlauf: Kommentierende Stimmen. SCHNEIDER selbst verstand seine 1. Rang-Symptome nicht als Prognosekriterien.

CARPENTER et al. (1978) gaben ausschließlich als unterscheidendes prognostisches ungünstiges Kriterium den eingeschränkten Affekt bei Index-Untersuchung an.

PRENTKY et al. (1980) untersuchten in einer Langzeitstudie an 141 Patienten insgesamt 20 Prädiktoren, und zwar neben fünf psychopathologischen Symptomen bei Beginn der Erkrankung die prämorbide soziale Kompetenz im Erwachsenenalter (5 Merkmale) sowie zehn Merkmale aus der Kindheitsentwicklung, insbesondere soziale Kompetenz, Verhalten und Leistungen in der Schule, Rollenverhalten, Familienkonflikte.
Sie kamen zu dem Ergebnis, daß zehn der signifikanten Prädiktoren das kindliche Schulverhalten und die familiäre Umgebung betrafen, jedoch nur fünf psychopatho-

logische Symptome eine Beziehung zum Langzeitverlauf haben. Die Ergebnisse unterstreichen nach Meinung der Autoren die Bedeutung einer ausgedehnten Längsschnittuntersuchung für die Prognose.
Ein weiterer Gesichtspunkt in der Prognoseforschung ergab sich mit der Frage, ob und inwieweit eine neuroleptische Medikation den weiteren Krankheitsverlauf beeinflußt.
GAEBEL et al. (1981) untersuchten 70 schizophrene Patienten der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin, die durchschnittlich 14,3 Jahre neuroleptisch behandelt worden waren. In 24 Fällen handelte es sich um Erstaufnahmen. Hauptfrage der Untersuchung war es, "welche Merkmale als Prädiktoren des Verlaufs nachweisbar sind und inwiefern sie mit Ergebnissen aus andererorts und früher durchgeführten Untersuchungen vergleichbar sind".
Anhand der Krankengeschichten wurde eine Prognose-Skala von 97 Items aufgestellt, in die die Prognose-Skalen von PHILLIPS (1953) in der Kurzform von HARRIS (1975), von VAILLANT (1964), STEPHENS et al. (1966) und STRAUSS et al. (1977 b) eingingen. Für die Verlaufsbeurteilung wurde die outcome-Skala von STRAUSS et al. (1972) und die Selbstbeurteilungsskala von v. ZERSSEN (1976) verwandt.
Es konnten differentielle Prädiktorenmuster erarbeitet werden, mit denen max. 65 % der Verlaufsvarianz aufzuklären waren. Als prognostisch bedeutsam erwiesen sich für den Bereich "berufliche Integration": Gute prämorbide soziale und psychosexuelle Anpassung, Arbeitsfähigkeit bei Index-Entlassung.
Entscheidend für ein gutes "soziales Kontaktverhalten" war die Kontakthäufigkeit vor Erkrankungsbeginn.
Frühere längere stationäre Behandlungszeiträume korrelierten mit stärkerer Symptomausprägung im Monat vor der Stichtagsuntersuchung.

Höhere neuroleptische Äquivalenzdosis bei Index-Entlassung war ein Prädiktor für stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum.
Eine Reihe bekannter Prädiktoren aus Untersuchungen an unbehandelten bzw. anders therapierten schizophrenen Patienten fanden sich vergleichbar wieder, z.B. aus dem Bereich der prämorbiden sozialen Anpassung. Dies läßt die Unabhängigkeit der Prädiktoren von einer neuroleptischen Behandlung erkennen und weist auf deren Generalisierbarkeit hin. Einen günstigen Verlaufsausgang hatten 40 - 60 % der von GAEBEL et al. (1981) untersuchten Patienten, trotz ungünstiger Eingangsklassifizierung nach klassischen Prognose-Skalen.
Das Ergebnis sowie die deutliche Senkung der stationären Aufnahmequote pro Patient und Jahr von 0,57 auf 0,11 sprachen für einen erkennbaren Behandlungseffekt auf die Prognose, d.h. eine neuroleptische Medikation verbesserte den Langzeitverlauf schizophrener Erkrankungen im statistischen Mittel.
Zu der neuroleptischen Äquivalenzdosis bei Klinikentlassung als Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme liegen unterschiedliche Literaturangaben vor. PRIEN et al. (1968) fanden bei chronisch hospitalisierten Patienten die Rückfallwahrscheinlichkeit bei einem Absetzversuch mit der vorherigen Neuroleptikadosis korreliert, hingegen fanden GOLDBERG et al. (1977) in einer prospektiven Zwei-Jahres-Studie keine Beziehung zwischen Dosishöhe und Rückfall. HOGARTY et al. (1976) fanden in einer Absetzstudie, daß die Dosishöhe in den ersten Monaten nach Klinikentlassung wahrscheinlich noch mit dem klinischen Bild korreliert, hingegen eine niedrige neuroleptische Dosis bei Entlassung kein Prädiktor eines geringen Rückfallrisikos nach Absetzen der Medikation sei.

1.2.4 Zusammenfassung und Diskussion der wesentlichen Literatur-Befunde

Tab. 2 gibt einen Überblick über den methodischen Aufbau und die Heilungsraten schizophrener Erkrankungen, Tab. 3 a und b stellt verschiedene Patientenmerkmale dar, die bisher auf ihren prognostischen Wert hin untersucht wurden.

Die vorliegenden Untersuchungen zu Verlauf und Prognose schizophrener Erkrankungen zeigen erhebliche Unterschiede:

Die Anzahl der untersuchten Patienten variiert zwischen 72 und 502, nur selten handelt es sich um Ersterkrankungen. Die Patientenzusammensetzung in den Studien ist aufgrund unterschiedlicher diagnostischer Konzepte, insbesondere durch Vermischung von Diagnostik mit dem Verlauf und durch fehlende oder unterschiedliche operationalisierte Diagnosekriterien sehr verschieden und dadurch nur bedingt vergleichbar. Überwiegend retrospektive Studien stehen nur wenigen prospektiven Studien gegenüber.(s. Tab. 2). Der Beobachtungszeitraum schwankt erheblich. Die Definitionen für ein "chronifiziertes" Krankheitsbild oder ein "geheiltes" Krankheitsbild zeigen erhebliche Unterschiede. Zur Definition von "chronifiziert" oder "geheilt" werden die Kriterien Symptomatik, berufliche und/oder soziale Situation und Krankheitsdauer herangezogen, entweder einzeln oder unterschiedlich kombiniert verwandt. Die Kriterien sind in einigen Arbeiten ungenau (VAILLANT 1962), in anderen Arbeiten (STEPHENS et al. 1966) präziser definiert. Der Verlauf wird teils ausschließlich von der Symptomatik (LANGFELDT 1937), teils von der Symptomatik und der Krankheitsdauer (STEPHENS und ASTRUP 1963), teils von der Symptomatik und sozialer Kriterien und zusätzlich noch der Krankheitsdauer her (BROWN et al. 1966) beurteilt.

Die multidimensionale Verlaufsbeurteilung hat sich im letzten Jahrzehnt durchgesetzt (STRAUSS und CARPENTER 1972). Verlauf und Ausgang werden durch verschie-

dene Dimensionen gezielter beurteilt, ohne Unterteilung des Krankheitsbildes in "chronifiziert"/"nicht chronifiziert". Folgerichtig variiert der Anteil der chronifizierten Verläufe dann erheblich, z. B. sind es bei LANGFELDT (1937) 66 %, in der IPSS-Studie (WHO 1979) dagegen nur 19 %.
Ebenso unterschiedliche Ergebnisse finden sich bei den prognostisch relevanten Patientenmerkmalen, d.h. den demographischen, biographischen, krankheitsbezogenen Kriterien und psychopathologischen Merkmalen.
In der Art der untersuchten Prognosekriterien ergeben sich bei den Studien unterschiedliche Schwerpunkte: Es liegen Untersuchungen vor, die sich mit allgemein klinischen Faktoren beschäftigen (VAILLANT 1964, LANGFELDT 1956), die sich mit individuell sozialen Prognosefaktoren (BROWN et al. 1962, 1972) oder mit prämorbiden Faktoren der sozialen Anpassung, der Persönlichkeit und dem Verhalten (PHILLIPS 1953, GITTELMAN-KLEIN 1969) auseinandersetzen, die die prognostische Relevanz psychopathologischer Merkmale (BLAND und ORN 1980) oder die prognostische Aussagekraft der neuroleptischen Behandlung (GAEBEL et al. 1981) betrachten.

In den hier erfaßten Arbeiten besteht, soweit dazu Aussagen gemacht wurden, Übereinstimmung darin, daß ein akuter Krankheitsbeginn und depressive Züge für einen günstigen Verlauf sprechen, eine gestörte prämorbide oder schizoide Persönlichkeit einen ungünstigen Verlauf vorhersagen.
Bei der multidimensionalen Prognostik sagen unterschiedliche Zielprädiktoren bestimmte Verlaufsdimensionen voraus; die Betrachtung einzelner Kriterien für die Gesamtbeurteilung des Krankheitsverlaufes steht im Hintergrund.
Die Ergebnisse der Untersuchungen sind abhängig von ihren unterschiedlichen Ansätzen zu betrachten. Durch die Nicht-Vergleichbarkeit der Arbeiten ist die Beur-

teilung der Befunde problematisch.

1.3. Spezifische Fragestellung

In der vorliegenden Untersuchung wird der Versuch unternommen, biographische Daten, Daten der Krankheitsvorgeschichte und den psychopathologischen Befund bei Ersterkrankung hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes für den weiteren Verlauf der Erkrankung zu untersuchen. Grundlage der Untersuchung ist das AMP-Dokumentationssystem.
Dabei wird von folgender Hypothese ausgegangen: Bestimmte Merkmale aus dem AMP-System besitzen prognostische Relevanz hinsichtlich des weiteren Verlaufes schizophrener Ersterkrankungen.

2. Methodik

2.1. Gewinnung der Stichprobe

Mit der Diagnose "schizophrene Psychose", diagnostiziert nach ICD 8 (DEGKWITZ et al. 1975), wurden in den Jahren 1976 und 1977 insgesamt 409 Patienten in der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität aufgenommen.
Um die Frage nach Merkmalen vor Beginn einer möglichen Chronifizierung untersuchen zu können, wurden nur Patienten mit einer Ersterkrankung in die Untersuchung genommen. Außerdem sollten die Patienten älter als 16 und jünger als 60 Jahre sein.
Ausschlußkriterien waren:

1. Andere Behandlungen wegen psychiatrischer Erkrankungen in der Vorgeschichte,
2. schizophrene Symptomatik in der Vorgeschichte,
3. eine psychiatrische stationäre Vorbehandlung,
4. Andauern der aktuellen Symptomatik bereits länger als drei Monate,
5. Wohnsitz in Westdeutschland oder im Ausland zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.

Die geforderten Kriterien wurden von 101 Patienten (24,7% aller Patienten mit ICD-Nr. 295) erfüllt.

2.2. Datenerhebung

Zur Datengewinnung wurden folgende Quellen benutzt:

2.2.1. Die frei formulierte Krankengeschichte,
2.2.2. das AMP-Dokumentationssystem (SCHARFETTER 1972),
2.2.3. eine in der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin entwickelte Schätzskala zur Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß (PIETZCKER 1983),
2.2.4. ein semistrukturiertes Interview, das für diese Untersuchung entwickelt wurde.

2.2.1. Die frei formulierte Krankengeschichte

Die Krankengeschichten wurden aus dem Archiv der Klinik

gezogen. Die hieraus gewonnenen Daten waren: Der zuletzt angegebene Wohnsitz, das Geschlecht des Patienten, sein Alter bei der Indexaufnahme und die berufliche Stellung vor Aufnahme. Außerdem wurde die Art der stationären Unterbringung (d.h. freiwillig oder per UG) und die Art der Entlassung (d.h. in Absprache mit dem behandelnden Arzt oder gegen ärztlichen Rat) notiert. Den Kurven der Krankengeschichten wurden die Anzahl und die Art der verabreichten Psychopharmaka sowie die Dosis der Entlassungsmedikation entnommen.

2.2.2. Das AMP-Dokumentationssystem

Zunächst erfolgt eine kurze Beschreibung dieses Dokumentationssystems. Im Anschluß daran werden die daraus gewonnenen Daten aufgeführt

Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP) wurde 1965 durch den Zusammenschluß einer deutschen und einer schweizerischen Arbeitsgruppe gegründet. Wenig später schloß sich auch die Wiener Psychiatrische Klinik dieser Arbeitsgemeinschaft an (ANGST et al. 1969, 1976). Das AMP-System bestand aus vier Dokumentationsbelegen zur Erfassung von psychischen und somatischen Symptomen, Angaben zur allgemeinen Anamnese und zur Krankheitsvorgeschichte.

Der AMP-Beleg 1 setzt sich aus Items zur allgemeinen Anamnese zusammen, die in mehrere Bereiche untergliedert sind und einerseits u.a. Angaben zur Anzahl der Geschwister und eigenen Kinder, zum Zivilstand, zur Muttersprache und der Konfession abbilden, andererseits Daten zur Schulbildung und zur beruflichen Entwicklung, d.h. der Berufsausbildung, der beruflichen Stellung und der Beschäftigungsdauer erfassen. Außerdem bestehen Items, die die Finanzierung des Haushaltes, die Anzahl der Personen im Haushalt und die Art der Wohnung abbilden.

Der AMP-Beleg 2 umfaßt Items zur Krankheitsvorgeschichte. Dabei werden psychische Erkrankungen in der Familie, Störungen der Familien-Situation in der Kindheit und besondere psychische und soziale Störungen wie Verwahrlosung oder Alkoholabusus erfaßt. Außerdem werden frühere Erkrankungen, d.h. chronische körperliche Leiden, endokrine Erkrankungen oder Hirnschäden und frühere psychische Krankheiten erfaßt. Die Erkrankung, die zur jetzigen Aufnahme führte, wird durch Items wie z.B. Alter bei der Erstmanifestation, Belastungssituationen vor Erkrankung, medikamentöse Vorbehandlung und die WHO-Diagnose Nummer abgebildet.

Der AMP-Beleg 3, der psychische Befund, setzt sich aus 123 Items zusammen, die verschiedenen Bereichen zugeteilt sind, wie z.B. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen oder Sinnestäuschungen.
Der AMP-Beleg 4, der somatische Befund, umfaßt 58 Items, die folgende Störungen abbilden: Schlafstörungen, Appetenzstörungen, vegetative Symptome, weitere körperliche Symptome und neurologische Symptome. Entsprechend dem im Manual (SCHARFETTER 1972) dargestellten Entscheidungsbaum ist für jedes Symptom des psychischen und somatischen Befundes zu klären, ob es beurteilbar bzw. untersuchbar ist. Danach wird die Entscheidungssicherheit über Vorhandensein und Nichtvorhandensein eines Symptoms beurteilt. Für alle Symptome stehen vier Ausprägungsgrade zur Verfügung: "Nicht vorhanden", "leicht", "mittel" oder "schwer" ausgeprägt.

Für die Beurteilung der Ausprägung eines Symptoms werden Intensität, Prägnanz und Häufigkeit gemeinsam verwendet (s. Anhang 1 und 2).
Zur Beurteilung eines jeden Merkmals werden alle objektiven und subjektiven Informationen, die zur Verfügung stehen, benutzt.

Von MOMBOUR (1972) wurde das AMP-System in seiner Übersicht über Verfahren zur Standardisierung des psychopathologischen Befundes als Schätzskala mit freier Exploration eingestuft. Im Gegensatz zu den vom Patienten selbst ausgefüllten Beschwerdelisten und Fragebögen, die als Selbstbeurteilungsverfahren bezeichnet werden, ist das AMP-System ein Fremdbeurteilungsverfahren. Da das AMP-System ein großes Spektrum von psychopathologischen und somatischen Merkmalen bietet, ist es für die Erfassung der Befunde im Rahmen von Therapie-Prüfungen besonders gut geeignet (WOGGON 1983).

Inzwischen wurde das AMP-System zum AMDP-System weiter entwickelt; dabei wurde der Merkmalsbestand zum Anamnesebereich und zum psychischen und somatischen Befund neu gestaltet (FÄHNDRICH und HELMCHEN 1983).

In der vorliegenden Untersuchung wurden dem AMP-Beleg 1 folgende soziodemographische Daten entnommen:

Der Zivilstand, die Anzahl der Kinder und die Wohnsituation. Außerdem wurden die Daten zur Schulbildung, zur Berufsausbildung und zur Berufstätigkeit bei Aufnahme verwandt. Die WHO-Diagnose Nummern wurden dem AMP-Beleg 2 und der psychopathologische und somatische Befund den AMP-Belegen 3 und 4 entnommen. Der markierte Ausprägungsgrad wurde folgendermaßen beurteilt: "Nicht vorhanden" = 0, "leicht" = 1, "mittel" = 2, "schwer" = 3.

2.2.3. Eine in der Psychiatrischen Klinik der FU-Berlin entwickelte Schätzskala zur "Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß"

Diese Schätzskala (PIETZCKER 1983) wurde 1971 in der Psychiatrischen Klinik der FU-Berlin eingeführt und wird seit 1972 auf allen Stationen der Klinik systematisch eingesetzt. Sie wird jeweils am Ende der statio-

nären Behandlung vom behandelnden Arzt bei all den Patienten ausgefüllt, die mindestens eine Woche lang stationär behandelt wurden. Der Beurteilungsbogen setzt sich aus fünf Dimensionen zusammen, die eingeschätzt werden müssen: Symptomatik, Leistungsfähigkeit, soziale Situation, soziales Verhalten und subjektives Wohlbefinden des Patienten. Bei jeder dieser Dimensionen muß sich der behandelnde Arzt für eine der fünf möglichen Stufen entscheiden: "Verschlechtert", "ungebessert", "leicht gebessert", "gut gebessert", "voll gebessert". Zusätzlich soll auf dem Beurteilungsbogen vom Arzt die emotionale Beziehung vom Patienten zum Arzt einerseits sowie die Beziehung vom Arzt zum Patienten andererseits mit den Wahlmöglichkeiten "schlecht", "neutral" oder "gut" eingeschätzt werden (s. Anhang 3).
In der vorliegenden Untersuchung wurden die Dimensionen Symptomatik, Leistungsfähigkeit, soziale Situation, soziales Verhalten und subjektives Wohlbefinden ausgewertet. Die einzuschätzenden Stufen wurden nach PIETZCKER (1983) folgendermaßen quantifiziert: 1 = "verschlechtert", 2 = "ungebessert, unverändert", 3 = "leicht gebessert", 4 = "gut gebessert", 5 = "voll gebessert".

2.2.4. Ein semistrukturiertes Interview, das für diese Untersuchung entwickelt wurde

Den Interviews wurden Daten entnommen, mit denen der Verlauf der Erkrankung seit Indexentlassung beurteilt werden konnte: Hierzu gehörten sowohl Veränderungen im Zivilstand und der Wohnsituation als auch die weitere schulische und berufliche Entwicklung. Außerdem wurde das Ausmaß der Sozialkontakte beurteilt. Weitere Krankenhausaufenthalte wurden erfaßt und ein psycho-

pathologischer Befund zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung erhoben und auf dem AMP-Beleg 3 im Anschluß an das Interview dokumentiert (s. Anhang 4).

2.3. Die Nachuntersuchung

2.3.1. Kontaktaufnahme mit den Patienten

Aus den Krankenblättern wurden zuerst die Anschriften der Patienten notiert. Von den 101 Patienten lebten sieben lt. Krankengeschichte in Westdeutschland bzw. dem Ausland. Da ein Gespräch hier unrealistisch schien, wurden diese nicht angeschrieben.
94 Patienten erhielten ein Schreiben mit der Bitte, zur Nachuntersuchung in die Klinik zu kommen. In diesem Schreiben wurde ein Termin vorgeschlagen, der sieben bis zehn Tage nach Erhalt des Briefes wahrgenommen werden sollte. Durch Rücksendung einer beiliegenden Postkarte oder telefonisch konnte dieser Termin verändert werden. Patienten, die nicht selbst kommen wollten, konnten sich für einen Hausbesuch entscheiden. Kamen Briefe mit dem Vermerk "Unbekannt verzogen" zurück, wurden mit Hilfe des Einwohnermeldeamtes die neuen Anschriften der Patienten in Erfahrung gebracht und diese erneut angeschrieben. Alle Patienten, die auf das erste Schreiben nicht reagiert hatten, wurden einige Wochen später nochmals angeschrieben und erneut zu einem Interview gebeten (s. Anhang 5).

2.3.2. Formaler Ablauf des Interviews

Von den Patienten, die zu der Nachuntersuchung in die Klinik kamen, mußte der im Schreiben angegebene Raum aufgesucht werden. Nachdem die Patienten das Arztzimmer betreten hatten, stellte sich die Interviewerin dem Patienten vor, bat ihn, seinen Mantel abzulegen und sich auf den ihm zugewiesenen Platz zu setzen.

Interviewerin und Patient saßen sich gegenüber, waren getrennt durch einen Schreibtisch. Nachdem beide Platz genommen hatten, begann das Interview, welches nicht länger als eine Stunde dauerte.
Es begann mit einer "warming-up" Phase, die ungefähr acht Minuten dauerte: Die Interviewerin bedankte sich für das Kommen des Patienten und erkundigte sich nach allgemeinen Dingen, z.B. mit welchem Verkehrsmittel der Patient gekommen sei, ob er den Raum gefunden habe usw.. In dieser Zeit wurde dem Patienten die Möglichkeit gegeben, Kontakt zu der Interviewerin zu finden, sich an die fremde Umgebung zu gewöhnen und Angst vor dem Interview zu verlieren. Es wurde noch einmal kurz auf das Anliegen der Nachuntersuchung eingegangen; dem Patienten wurde erklärt, daß im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit untersucht werden soll, wie wirkungsvoll die damalige Behandlung war, um evtl. in Zukunft Patienten mit ähnlicher Problematik noch besser behandeln zu können. Der Abschluß der einleitenden Phase war, daß die Interviewerin betonte, der Schweigepflicht zu unterliegen und daß einige schriftliche Aufzeichnungen während des Interviews gemacht würden.
Die zweite Phase, die ebenfalls ungefähr acht Minuten dauerte, bestand aus Fragen zur jetzigen beruflichen, familiären und gesundheitlichen Situation. Wurden Fragen hier allgemeiner beantwortet, wurde nicht weiter nachgefragt, sondern diese Fragen wurden in einer späteren Phase, der vierten, erneut aufgegriffen und vertieft. Dies traf besonders für die Fragen nach den psychischen Beschwerden zu, da zu dieser Zeit des Interviews häufig noch der Gedanke bei dem Patienten bestand, in dem Interview zeigen zu müssen, daß er gesund sei. Diese Vorstellung wich erst im weiteren Verlauf des Interviews.

Die dritte Phase des Interviews, die ungefähr 15 Minuten dauerte, beschäftigte sich mit Fragen der Anamnese seit der ersten Klinikbehandlung. Es wurde begonnen, sich nach dem psychischen und körperlichen Befinden nach der damaligen Entlassung zu erkundigen, es folgten Fragen nach weiteren Krankenhausaufenthalten, weiterem Auftreten von psychischen Beschwerden und der weiteren ärztlichen Betreuung. Danach wurde besprochen, inwieweit die Krankheit Auswirkungen auf das Berufsleben, die finanzielle Situation und die Sozialkontakte gehabt habe.
In der vierten Phase, die 25 Minuten dauerte, wurden Fragen zum Beruf, zur Familie und anderen Sozialkontakten in bezug auf das letzte Jahr vertieft; die allgemein beantworteten Fragen der Phase Zwei wurden erneut aufgegriffen und differenzierter erfragt. Daran anschließend wurde die derzeitige psychopathologische und somatische Symptomatik ausführlich exploriert.

In der fünften Phase, der letzten, die ungefähr vier Minuten dauerte, wurde dem Patienten für das Interview gedankt und ihm angeboten, noch Fragen zu stellen.

Diese angegebene Reihenfolge konnte bei mehreren Patienten nicht eingehalten werden, wie z.B. bei zwei akut psychotischen Patienten: Der eine Patient berichtete nach kurzer Zeit, angesprochen auf seine berufliche Situation, von seinen erheblichen Schwierigkeiten auf der Arbeit, die wahnhaft bedingt waren. Die weitere Anamnese wurde hier erst am Ende des Interviews erfragt, da der Patient sich mit den wahnhaften Erlebnissen stark beschäftigte. In einem anschließenden Gespräch mit dem Patienten und seiner Ehefrau, die ihn begleitete, zeigten sich weitere psychotische Erlebnisse (Vergiftungsängste), die Eheschwierigkeiten zur Folge hatten, da sich die Ehefrau das Mißtrauen ihres Ehemannes überhaupt nicht erklären konnte. Sie erhoffte bei der Nachuntersuchung eine Klärung ihrer

ehelichen Schwierigkeiten. Der Patient, dem dringlichst eine stationäre Behandlung empfohlen wurde, ließ sich einen Tag später von der Poliklinik stationär aufnehmen.
Bei einem anderen Patienten war es kaum möglich, überhaupt die Anamnese zu erheben, da er ausschließlich auf seinen Wahn fixiert war. Er sah die Nachuntersuchung als Gelegenheit an, von seinen Erlebnissen zu berichten, da ihm keiner seiner Angehörigen mehr glauben würde. Auch ihm wurde eine stationäre psychiatrische Behandlung empfohlen, er lehnte sie jedoch ab, da man ihm bei dem damaligen Klinikaufenthalt auch nicht habe helfen können.
Wurde das Interview in der Wohnung des Patienten durchgeführt, war es im Durchschnitt kürzer als in der Klinik, dauerte ungefähr 50 Minuten. Der Kontakt zu den Patienten war hier leichter herzustellen.
Das Interview, daß im Gefängnis Moabit stattfand, war von der Verwaltung auf 45 Minuten begrenzt worden und mußte morgens um 7.45 Uhr durchgeführt werden. Die Exploration wurde durch den Vollzugsbeamten, der hinter einer Glasscheibe saß, verbal nicht gestört.

2.3.3. Inhaltlicher Aufbau des Interviews

Das Interview umfaßte vier Bereiche, die exploriert wurden und im folgenden dargestellt werden:

Zwischenanamnese seit Indexentlassung
Hier wurde zunächst auf den Verlauf der Symptomatik eingegangen: Der Patient wurde sowohl zu seinem psychischen Befinden bei Indexentlassung wie zu erneutem Auftreten psychischer Symptomatik befragt. Es wurde nach weiteren Klinikaufenthalten gefragt und versucht, einen Überblick über weitere ärztliche und medikamentöse Behandlungen zu gewinnen. In diesem Zusammenhang wurden die Patienten auch gebeten anzugeben, welche Form der Nachbetreuung (medikamentöse Behandlung und/oder

Gespräche und/oder soziale Nachbetreuung) sie am hilfreichsten empfunden hätten. Der Patient wurde zu weiterer Schul- und/oder Berufsausbildung und zu Veränderungen der beruflichen Tätigkeit, wie z.B. Arbeitsplatzwechsel und Arbeitslosigkeit interviewt. Im Anschluß daran wurde nach der Finanzierung des Lebensunterhaltes gefragt. Weitere Bereiche, die erfaßt wurden, waren der Zivilstand, die Wohnsituation, Veränderungen in der Freizeitgestaltung und der Umfang an Sozialkontakten. Außerdem wurde versucht, einen evtl. Alkohol- und/oder Rauschmittelmißbrauch zu explorieren.

Krankheitsverlauf der letzten zwölf Monate

In Anlehnung an STRAUSS und CARPENTER (1972) wurde außerdem eine differenzierte Krankheitsanamnese der letzten zwölf Monate zu folgenden Bereichen erhoben:

Aufenthaltsdauer außerhalb der Klinik

Hier wurde die Zeit bestimmt, die der Patient sich ausserhalb einer stationären Behandlung befand, ausgehend von der Dauer des stationären Aufenthaltes im letzten Jahr. Grenzwerte waren:
Mehr als neun Monate in stationärer Behandlung, d.h. drei Monate nicht stationär,
sechs bis neun Monate in stationärer Behandlung, d.h. drei bis sechs Monate nicht stationär,
drei bis sechs Monate in stationärer Behandlung, d.h. sechs bis neun Monate nicht stationär,
weniger als drei Monate in stationärer Behandlung, d.h. mehr als neun Monate nicht stationär,
keine stationäre Behandlung.
Arbeitssituation: Hier wurde die Zeit bestimmt, die der Patient berufstätig war. Grenzwerte waren:
Die letzten 12 Monate überhaupt nicht gearbeitet,
weniger als sechs Monate gearbeitet,

mehr als sechs Monate gearbeitet,
das ganze Jahr gearbeitet.

Außerdem ging in die Beurteilung ein, ob der Patient ganztägig- oder teilzeitbeschäftigt gewesen war.

Sozialkontakte: Hier wurde versucht, die sozialen Kontakte der Patienten folgendermaßen zu quantifizieren Grenzwerte waren:
Überhaupt keine Kontakte zu Freunden oder Bekannten,
nur zufällige Kontakte, z.B. im Hausflur, bei der Arbeit oder in der Schule,
Verabredungen mit Freunden oder Bekannten etwa einmal im Monat,
Verabredungen mit Freunden oder Bekannten etwa zwei- bis dreimal im Monat,
Verabredungen mit Freunden oder Bekannten mindestens einmal in der Woche.
Unabhängig von STRAUSS und CARPENTER wurden die Patienten noch nach Suizidversuchen und einer bestehenden Pflegschaft exploriert.

Psychischer Befund
Bei der Erhebung des psychischen Befundes wurde die Symptomatik der letzten vier Wochen berücksichtigt und auf dem AMP-Beleg 3 dokumentiert.

Somatischer Befund
Dieser enthielt Fragen zu vegetativen Symptomen, Schlaf- und Appetenzstörungen. Auch hier wurden die letzten vier Wochen zur Beurteilung herangezogen und auf dem AMP-Beleg 4 dokumentiert.

2.4. Operationalisierung des Begriffes "chronifiziert"

Nach Abschluß aller Interviews wurden anhand der gewonnenen Verlaufsdaten zwei Gruppen gebildet:
Die Patienten, die inzwischen chronifiziert waren und die nicht chronifizierten Patienten.

Um die Patienten unterteilen zu können, wurden in Anlehnung an STRAUSS und CARPENTER (1972) und BLAND und ORN (1979) folgende Operationalisierungen durchgeführt (s. Anhang 6):

Für "Chronifizierung":
Der psychopathologische Befund, der in der Nachuntersuchung erhoben wurde und sich auf die letzten vier Wochen bezog, mußte mindestens fünf Symptome aufweisen, aus denen die früher gestellte Diagnose Schizophrenie ableitbar war, wie z.B. bei Vorliegen folgender Symptome: Gedankenabreißen, Beeinflussungswahn, affektiv indadäquates Verhalten, Antriebsverminderung und Kontaktverminderung.
Außerdem mußte noch eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:
Soziale Verschlechterung, die in Anlehnung an die Einteilung der Sozialschichten von LEHMKUHL et al. (1980) gemessen wurde, wobei die berufliche Situation besonders berücksichtigt wurde; z.B. wurde bei einem Patienten der Abbruch seines Hochschulstudiums und der Beginn einer Lehre als soziale Verschlechterung beurteilt.

Abnahme von Sozialkontakten
Trennung oder Scheidung vom Partner oder Aufgabe jeglicher sozialer Kontakte außerhalb des Arbeitsbereiches; z.B. gab eine Patientin an, nur auf der Arbeit Kontakt zu anderen Menschen zu haben, ansonsten in völliger "Isolation" zu leben, da sie Angst vor anderen habe.

Mehr als zwei Krankenhausaufenthalte in den letzten fünf Jahren oder ein Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr.

Aus diesen Kriterien ergaben sich für ein "chronifiziertes" Krankheitsbild sieben Kombinationsmöglichkeiten (s. Tab. 4).

Für "Nicht Chronifizierung":
Alle Patienten, die keine der sieben Konbinationsmöglichkeiten, die sich für ein chronifiziertes Bild ergaben, aufwiesen, wurden als "nicht chronifiziert" eingestuft.

2.5. Statistik

Zuerst wurden alle Daten mit Hilfe einer deskriptiven Statistik (BORTZ 1979) tabellarisch dargestellt.

Um Häufigkeitsunterschiede festzustellen, wurde der Chi-Quadrat Test für unabhängige Stichproben mit der Yates-Korrektur für kleine Zahlen angewandt. Mittelwertvergleiche zwischen den Gruppen erfolgten mit Hilfe des t-Testes für unabhängige Stichproben bei zweiseitiger Fragestellung.
Wegen des explorativen Charakters der Untersuchung wurde ein statistisches Signifikanzniveau von $p < .10$ angenommen. Ein derartig niedriges Signifikanzniveau erscheint gerechtfertigt, um nicht von vornherein interessante Befunde bei einem zu hohen Signifikantniveau zu übersehen.
Außerdem wurden für beide Gruppen folgende AMP-Syndrome mit Hilfe der Faktorenanalyse nach GEBHARDT et al. (1981) gebildet und auf mögliche Unterschiede mit Hilfe des t-Testes für unabhängige Stichproben (zweiseitig getestet) untersucht: Das paranoid-halluzinatorische Syndrom, das manische Syndrom, das psychoorganische Syndrom, das depressive Syndrom, das apathische Syndrom, das Hostilitätssyndrom und das stuporöse Syndrom. Um diese Syndrome miteinander vergleichen zu können, wurde eine sog. T-Transformation (GEBHARDT et al. 1981) durchgeführt. Das vegetative Syndrom wurde nicht berechnet, da bei den nicht chronifizierten Patienten die Mehrzahl der markierten Items keine Merkmale des vegetativen Syndroms waren. Hinzu kam,

daß die Anzahl an markierten Items in beiden Gruppen zu gering war (s. Anhang 7).

3. Ergebnisse

3.1. Die Gesamtstichprobe

Eine Übersicht dazu gibt Tabelle 5.
Die Gesamtstichprobe der Ersterkrankungen mit der Diagnose Schizophrenie, die in den Jahren 1976 und 1977 in der Psychiatrischen Klinik der FU-Berlin behandelt wurde, bestand aus 101 Patienten. Davon waren 63 Patienten (62,4 %) männlich und 38 Patienten (37,6 %) weiblich.
Das Alter bei Indexaufnahme betrug durchschnittlich 31,1 ± 8,2 Jahre mit einem Minimum von 16 und einem Maximum von 54 Jahren.
Diagnostisch handelte es sich bei der Mehrzahl, d.h. bei 81 Patienten (80,2 %) um eine paranoide Schizophrenie (ICD 295.3). Bei sieben Patienten (6,9 %) wurde eine akute schizophrene Episode (ICD 295.4) diagnostiziert. Vier Patienten (4 %) erhielten die Diagnose Schizo-affektive Psychose (ICD 295.7), und bei weiteren vier Patienten handelte es sich um eine Hebephrenie (ICD 295.1). Bei drei Patienten (3 %) wurde die Diagnose Katatonie (ICD 295.2) gestellt, und bei zwei Patienten (2 %) lag eine Schizophrenia simplex (ICD 295.0) vor.

Bei neun Patienten (8,9 %) wurden noch zusätzlich weitere psychiatrische Diagnosen gestellt: Medikamentenabhängigkeit (ICD 304) wurde bei sechs Patienten diagnostiziert, gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch (ICD 303.1) lag bei einem Patienten vor, Minderbegabung (ICD 310) bestand bei einem Patienten, und eine depressive Neurose (ICD 300.4) wurde bei einem Patienten diagnostiziert.

Die stationäre Behandlung wurde bei 42 Patienten (41,6 %) auf einer offenen Station durchgeführt. Die übrigen 57 Patienten (56,4 %) wurden auf einer geschlossenen Station behandelt, von denen acht Patienten auf nicht freiwilliger Basis in der Klinik waren, d.h. sieben Patienten wur-

den per UG behandelt, und bei einem Patienten bestand eine Pflegschaft. Bei zwei Patienten war aus den Krankenblattunterlagen die Art der Aufnahme nicht zu klären.

Die allgemeine Anamnese (AMP-Beleg 1) dieser Patienten stellte sich folgendermaßen dar:

Zivilstand: 63 Patienten (62,4 %) waren ledig, und nur 24 Patienten (23,8 %) waren verheiratet. Die übrigen 14 Patienten (13,9 %) waren geschieden.

Wohnsituation: 45 Patienten (44,6 %) lebten allein. 22 Patienten (21,8 %) wohnten noch bei den Eltern. Die oben genannten 24 (23,8 %) verheirateten Patienten lebten mit dem Ehepartner zusammen. Weitere neun Patienten (8,9 %) hatten eine gemeinsame Wohnung mit dem Freund bzw. Lebenspartner. Ein Patient war bei Aufnahme ohne Wohnsitz.

Schulbildung: 45 Patienten (44,6 %) hatten eine Volksschule besucht. 21 Patienten (20,8 %) waren auf eine Mittelschule gegangen, und 35 Patienten (34,6 %) hatten eine Oberschule absolviert.

Berufsausbildung: 14 Patienten (13,9 %) waren ohne Berufsausbildung. 35 Patienten (34,6 %) hatten einen Lehrberuf abgeschlossen, und fünf weitere Patienten (4,9 %) hatten ihre Lehre abgebrochen. 14 Patienten waren auf eine Fachschule und zwei Patienten auf eine Fachhochschule gegangen. Fünf Patienten (5 %) hatten ein Hochschulstudium bei Aufnahme bereits abgeschlossen, 21 Patienten (20,8 %) studierten noch an der Universität, und vier Patienten (3,9 %) hatten ihr Studium vorzeitig beendet. Ein Patient besuchte noch die Mittelschule.

Berufliche Stellung: Betrachtete man die berufliche Stellung, die die Patienten vor Indexaufnahme innehatten, ergab sich folgendes Bild: 18 Patienten (17,8 %) übten eine ungelernte Tätigkeit aus, und neun Patienten (8,9 %) waren in einer angelernten Tätigkeit beschäftigt. Nur 29 Patienten (28,7 %) waren in einem Lehrberuf und nur acht Patienten (7,9 %) in einem Fachschulberuf tätig.

Entsprechend ihrem Hochschulabschluß übten die bereits oben erwähnten fünf Patienten eine akademische Tätigkeit aus. Die ebenfalls oben erwähnten 21 Patienten studierten an der Universität. Ein Patient besuchte noch die Schule, ein Patient war wegen einer körperlichen Erkrankung berentet, und neun Patientinnen (8,9 %) waren Hausfrauen.

Außer den Daten zur beruflichen Entwicklung, die dem AMP-Beleg 1 entnommen worden waren, wurde in Anlehnung an LEHMKUHL et al. (1980) eine Einteilung in Sozialschichten vorgenommen, der ein Vier-Schichten-Modell zugrunde gelegt wurde. Die Autoren zählten Personen mit ungelernten oder angelernten Berufen (z.B. Arbeiter, Putzfrau, Verkäuferin, Bote, Hauswart) zur Unterschicht. Personen mit gelernten Berufen und Fachschulausbildung (z.B. Handwerker, Facharbeiter, kaufmännische Berufe, Beamte unterer Laufbahn) wurden der unteren Mittelschicht zugeordnet. Personen, die eine Fachhochschulausbildung (z.B. graduierter Ingenieur, Lehrer, Beamte mittlerer Laufbahn, Selbständiger mit Angestellten bei kleinerem Betrieb) vorzuweisen hatten, wurden zur oberen Mittelschicht zusammengefaßt und Personen mit einer Universitäts- oder vergleichbaren Ausbildung, größere Unternehmer, freie Berufe mit einem Einkommen über DM 3000 pro Monat gehörten der Oberschicht an. LEHMKUHL et al. beurteilten den sozialen Status der Hausfrauen nach dem Beruf des Ehemannes. Rentner wurden nach ihrem zuletzt ausgeübten Beruf eingestuft, Schüler wurden nach dem Beruf des Vaters oder des Haupternährers beurteilt, und Studenten und Lehrlinge wurden so eingeteilt, als ob sie ihre Ausbildung abgeschlossen hätten. Wenn die Ausbildung schon mehr als ein Jahr unterbrochen oder auch abgebrochen war, wurde die Zuordnung nach dem zuletzt ausgeübten Beruf vorgenommen. Arbeitslose gehörten der Unterschicht an, sobald sie länger als ein Jahr ohne Arbeit waren.

Entsprechend dieser Einteilung wurden 29 Patienten (28,7 %)

der Unterschicht zugeordnet. 41 Patienten (40,5 %) gehörten der unteren Mittelschicht an, sechs Patienten (5,9 %) wurden der oberen Mittelschicht und 25 Patienten (24,8 %) der Oberschicht zugeteilt.

3.2. Die nachuntersuchten Patienten (N = 47)

Von den 101 Patienten lebten sieben Patienten laut Krankengeschichte in Westdeutschland bzw. dem Ausland. Von zwei Patienten war bekannt, daß sie sich in der Zwischenzeit suizidiert hatten. Daher erhielten nur 92 Patienten ein Schreiben. Bei zehn weiteren Patienten kam der Brief mit dem Vermerk "Unbekannt verzogen" zurück; über das Einwohnermeldeamt ergab sich, daß sie nicht mehr in West-Berlin lebten. Sie wurden daher auch nicht wieder erneut angeschrieben.

Insgesamt erhielten somit 82 Patienten (75,2 %) ein Schreiben mit der Bitte, an der Nachuntersuchung teilzunehmen. Vier Patienten lehnten daraufhin ab; zwei Patienten teilten dies schriftlich mit und zwei telefonisch. Außerdem wurden zwei weitere Todesfälle bekannt: Die Mutter einer Patientin meldete sich auf das Schreiben und berichtete von dem Suizid ihrer Tochter. Der zweite Patient war gerade zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung verstorben. Nach Angaben der Polizei wurde noch geprüft, ob ein Fremdverschulden vorlag.

Von den verbleibenden 76 Patienten reagierten 29 Patienten auf keines der beiden Schreiben. Dies wurde als Ausdruck gewertet, nicht an der Nachuntersuchung teilnehmen zu wollen. Weitere Kontaktversuche unterblieben deshalb.

47 Patienten (46,5 %) waren schließlich bereit, an der Nachuntersuchung teilzunehmen und kamen dann auch tatsächlich:

25 Patienten von ihnen kamen nach Erhalt des ersten Schreibens zu dem vorgeschlagenen Termin für das Interview in

die Klinik. Fünf weitere Patienten baten um das Interview zu Hause. Ein Patient wurde im Gefängnis Moabit exploriert. Er war dort seit einigen Monaten inhaftiert. Nach Erhalt des zweiten Schreibens kamen weitere sieben Patienten zu dem vorgeschlagenen Termin in die Klinik, weitere vier Patienten waren jetzt zu einem Interview zu Hause bereit. Bei zwei Patienten wurde mit den Angehörigen (in beiden Fällen den Müttern) ein Gespräch geführt. Die Mutter des einen Patienten verhinderte ein Interview mit ihrem Sohn mit der Begründung, sie selbst könne mehr Informationen geben als ihr kranker Sohn: Sie berichtete, daß ihr Sohn nach der Entlassung aus der Klinik, trotz ihrer intensivsten Bemühungen keine Arbeit mehr gefunden habe. Vor dem Klinikaufenthalt sei er als Küchenhilfe geschäftigt gewesen. Vor zwei Jahren sei er vorläufig berentet worden. Er ginge regelmäßig zum Nervenarzt und müsse Medikamente einnehmen. In stationärer Behandlung sei er nie wieder gewesen. Zu Hause zeige er wenig Initiative, ziehe sich fast ausschließlich zurück und liege häufig auf dem Bett. Zeitweise ginge er einkaufen oder koche zu Mittag. Sie könne sich mit ihm kaum unterhalten, da er oft "so komisch" sei. Kontakte zu anderen Menschen habe er nicht mehr. Früher sei er viel aufgeschlossener gewesen. Vom Nervenarzt des Patienten war zu erfahren, daß der Patient "schizophren wesensveränderung" sei. Er sei konzentrationsgestört, im Denken zerfahren und würde häufig vorbeireden. Der Antrieb sei erheblich eingeschränkt. Affektiv sei er vermindert schwingungsfähig und parathym.

Die Mutter der anderen Patientin berichtete, daß ihre Tochter seit der damaligen Klinikentlassung im Heim lebe. Dort nähme sie an der Beschäftigungstherapie teil. Eine Ausbildung habe sie nie durchführen können. Die Tochter habe Angst vor Menschen, fühle sich häufig bedroht, höre ständig Stimmen. Bei Besuchen zu Hause könne sie sich

kaum allein beschäftigen. Ihr fehle die Ausdauer und sie zeige wenig Aktivität. Die behandelnde Ärztin des Heimes berichtete von Denkstörungen im Sinne von Gedankenabreißen und Vorbeireden und von ausgeprägten Leistungseinbußen. Die Patienten habe einen Verfolgungswahn und sei affektiv gestört, sie sei häufig mißtrauisch, gespannt und affektiv inadäquat. Die Mutter dieser Patientin bat darum, von einem Interview mit der Tochter abzusehen, da sie befürchtete, dies könne die Tochter ängstigen.

Die Angaben der Mütter und der behandelnden Ärzte reichten aus, um die Patientin so weit zu beurteilen, daß sie als chronifiziert klassifiziert werden konnten. Da von diesen beiden Patienten jedoch kein psychopathologischer Querschnittsbefund existierte, gingen sie auch nicht in den Vergleich "chronifiziert" - "nicht chronifiziert" auf der AMP-Ebene des psychopathologischen und somatischen Befundes ein.
Mit drei Patienten wurde das Interview während eines erneuten stationären Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik der FU-Berlin geführt.

Aus den Krankenblättern ergaben sich folgende Daten zur Indexaufnahme:

Von den 47 Patienten waren 29 (61,7 %) männlich und 18 (38,3 %) weiblich.
Diagnostisch handelte es sich nach ICD-8 bei 38 Patienten (80,9 %) um eine paranoide Schizophrenie (ICD 295.3). Bei vier Patienten (8,5 %) wurde eine akute schizophrene Episode (ICD 295.4) und bei drei Patienten (6,4 %) eine Hebephrenie (ICD 295.1) diagnostiziert. Zwei Patienten (4,3 %) erhielten die Diagnose Schizo-affektive Psychose (ICD 295.7).
Bei drei Patienten (6,4 %) wurden noch zusätzlich weitere psychiatrische Diagnosen gestellt. Um welche Diagnosen

es sich dabei handelt, wird in den Abschnitten 3.2.1.2. und 3.2.2.2. dargestellt.
Das Durchschnittsalter bei Aufnahme lag bei 31,8 ± 8,1 Jahren mit einem Minimum von 18 und einem Maximum von 47 Jahren (Tab. 5).
Die stationäre Behandlung erfolgte bei 22 Patienten (46,8 %) auf einer offenen Station. Die anderen 25 Patienten (53,2 %) wurden auf einer geschlossenen Station behandelt. Nur zwei Patienten von ihnen waren gemäß UG in der Klinik.
Die Daten zur allgemeinen Anamnese (AMP-Beleg 1) ergaben folgendes Bild:

Zivilstand: 27 Patienten (57,4 %) waren ledig. 13 Patienten (27,7 %) waren verheiratet, sieben Patienten (14,9 %) waren geschieden.
Kinder: 15 Patienten (32 %) hatten eigene Kinder, d.h. die Mehrheit war kinderlos.
Wohnsituation: 21 Patienten (44,7 %) lebten allein, 11 Patienten (23,4 %) wohnten bei den Eltern, und 15 Patienten (31,9 %) lebten mit dem Ehepartner oder Freund(in) zusammen (Tab. 5).
Schulbildung: 19 Patienten (40,4 %) hatten eine Volksschule besucht. 10 Patienten (21,3 %) hatten eine Mittelschule und 18 Patienten (38,3 %) eine Oberschule absolviert, die von einer Patientin noch bei Indexaufnahme besucht wurde.
Berufsausbildung: Fünf Patienten (10,6 %) waren ohne berufliche Ausbildung, von denen noch eine Patientin Schülerin war. 16 Patienten (34 %) hatten eine Lehre abgeschlossen und zwei weitere Patienten (4,3 %) ihre Lehre abgebrochen. Neun Patienten (19,1 %) besuchten eine Fachschule und 15 Patienten (31,9 %) waren an einer Universität bzw. Hochschule, davon drei mit bereits abgeschlossenem und einer mit abgebrochenem Studium.
Berufliche Stellung: 11 Patienten (23,4 %) übten eine ungelernte Tätigkeit und vier Patienten (8,5 %) eine angelernte Tätigkeit aus. 12 Patienten (25,5 %) waren in

einem Lehrberuf beschäftigt, d.h. von den oben erwähnten 15 Patienten, die eine Lehre abgeschlossen hatten, übten drei Patienten diese Tätigkeit nicht mehr aus. Sechs Patienten (12,7 %) waren in einem Fachschulberuf tätig, d.h. drei der Fachschulabsolventen waren in ihrem ausgebildeten Beruf zuletzt nicht mehr tätig. Zwei Patienten (4,3 %) waren in einem akademischen Beruf tätig und 11 Patienten (23,4 %) studierten an einer Universität bzw. Hochschule. Eine Patientin besuchte eine Oberschule.

Tätigkeit bei Indexaufnahme: Am Tag der Indexaufnahme besaßen 21 Patienten (44,7 %) einen Arbeitsplatz. 11 Patienten (23,4 %) waren arbeitslos, 12 Patienten (25,5 %) studierten bzw. waren in Schulausbildung, und drei Patientinnen (6,4 %) waren Hausfrauen.
Soziale Schichtzugehörigkeit: 13 Patienten (27,7 %) gehörten der Unterschicht an, und 19 Patienten (14,4 %) zählten zur unteren Mittelschicht. Zwei Patienten (4,2 %) gehörten der oberen Mittelschicht und 13 Patienten der Oberschicht an.

3.2.1. Beschreibung der später chronifizierten Patienten bei Indexaufnahme

3.2.1.1. Soziodemographische Daten (AMP-Beleg 1)

Aufnahmemodus

18 Patienten (90 %) wurden freiwillig und zwei Patienten (10 %) gemäß UG aufgenommen. Die stationäre Behandlung wurde bei 10 Patienten (50 %) auf einer offenen Station durchgeführt, die anderen 10 Patienten wurden auf einer geschlossenen Station behandelt.

Geschlechterverteilung und Alter

Von den 47 Patienten erfüllten 20 Patienten (42,6 %) die Verlaufskriterien, die für eine Chronifizierung sprachen.

15 Patienten (75 %) von ihnen waren männlich und nur fünf Patienten (25 %) weiblich (s. Tab. 6). Ihr Durchschnittsalter bei der Aufnahme betrug 32,6 ± 7,5 Jahre mit einem Minimum von 18 und einem Maximum von 44 Jahren. Betrachtete man das Aufnahmealter in Abständen von jeweils 10 Jahren, d.h. von 10 bis 19 Jahren, von 20 bis 29 Jahren usw., so ergab sich folgendes Bild: Nur zwei Patienten (10 %) waren im Alter zwischen 10 und 19 Jahren. Vier Patienten (20 %) waren zwischen 20 und 29 Jahren alt und die relative Mehrheit, d.h. neun Patienten (45 %) war bei Aufnahme zwischen 30 und 39 Jahre alt. Die übrigen fünf Patienten (25 %) waren im Alter zwischen 40 und 49 Jahren (s. Tab. 7).

Zivilstand und Wohnsituation

14 (70 %) der später chronifizierten Patienten waren ledig. Nur vier Patienten (20 %) waren verheiratet und zwei Patienten (10 %) geschieden. Drei der verheirateten und beide geschiedenen Patienten hatten eigene Kinder (s. Tab. 8).
Die Wohnsituation dieser Patienten stellte sich folgendermaßen dar:
Von den 11 Patienten (55 %), die allein lebten, waren acht ledig, einer verheiratet und zwei geschieden. Drei verheiratete Patienten lebten mit dem Ehepartner und eine ledige Patientin mit ihrem Freund zusammen. Weitere fünf ledige Patienten lebten bei den Eltern (s. Tab. 9).

Schulbildung

Die Schulbildung der später chronifizierten Patienten stellte sich wie folgt dar: Sieben Patienten (35 %) hatten eine Volksschule besucht, vier Patienten (20 %) hatten einen Mittelschulabschluß, und neun Patienten (45 %) hatten eine Oberschule besucht (s. Tab. 10).

Berufliche Entwicklung

Hier wurden Angaben über die Berufsausbildung, die berufliche Stellung vor Aufnahme, falls der Patient nicht in einem Arbeitsverhältnis stand und die Berufstätigkeit bei Indexaufnahme ausgewertet. Eine Übersicht dazu geben die Tabellen 11a bis c und 12.

Berufsausbildung

Zwei (10 %) der 20 Patienten, die später chronifizierten, hatten bei Beginn der Erkrankung keine Berufausbildung, davon besuchte noch eine Patientin die Schule. Sechs Patienten (30 %) hatten eine Lehre abgeschlossen, einer hatte diese abgebrochen. Drei Patienten (15 %) besaßen einen Fachschulabschluß, und acht Patienten (40 %) studierten an einer Universität bzw. Hochschule; ein Patient davon hatte sein Hochschulstudium abgebrochen.

Berufliche Stellung

Fünf Patienten (25 %) waren vor Beginn der Erkrankung nicht mehr in ihrem ursprünglichen Beruf tätig. Die berufliche Stellung von allen der später chronifizierten Patienten sah danach folgendermaßen aus: Sechs Patienten (30 %) übten eine ungelernte und einer eine angelernte Tätigkeit aus. Fünf Patienten (25 %) waren in einem Lehrberuf, eine Patientin in einem Fachschulberuf und ein Patient in einem akademischen Beruf beschäftigt. Fünf Patienten studierten an der Universität und eine Patientin besuchte die Schule.
Fünf Patienten (25 %) besaßen bei Indexaufnahme einen Arbeitsplatz. Acht Patienten (40 %) waren schon länger als einen Monat, aber weniger als ein Jahr, arbeitslos. Vier Patienten (20 %) studierten an der Universität bzw. Hochschule, eine Patientin besuchte die Oberschule, ein Patient wurde bei Indexaufnahme exmatrikuliert, und eine

Patientin war Hausfrau.

Soziale Schichtzugehörigkeit

Die soziale Schichtzugehörigkeit wurde nach der Tätigkeit bei Indexaufnahme beurteilt und ergab, daß sieben Patienten (35 %) der Unterschicht angehörten, weitere sieben Patienten zur unteren Mittelschicht und sechs Patienten (30 %) zur Oberschicht gehörten (s. Tab. 13).

3.2.1.2. Daten der Krankheitsvorgeschichte (AMP-Beleg 2)

Da im AMP-Beleg 2 die Krankheitsvorgeschichte erfaßt wird, die Patienten dieser Untersuchung jedoch an einer Ersterkrankung litten, die nicht länger als sechs Monate bestand, konnte aus dem AMP-Beleg 2 lediglich die nosologische Diagnose verwendet werden.
Diagnostische Zuordnung

Bei den später chronifizierten Patienten wurden zwei Formen der Schizophrenie diagnostiziert: Bei 18 Patienten (90 %) handelte es sich um eine paranoide Schizophrenie (ICD 295.3), und bei zwei Patienten lag eine hebephrene Schizophrenie (ICD 295.1) vor.
Bei zwei Patienten (10 %) bestanden zusätzlich weitere psychiatrische Diagnosen, und zwar bei einem Medikamentenabhängigkeit (ICD 304), bei dem anderen Patienten Medikamentenabhängigkeit (ICD 304.3) und Minderbegabung (ICD 310) (s. Tab. 14).

3.2.1.3. Psychopathologischer Befund (AMP-Beleg 3)

Der psychopathologische Befund der später chronifizierten Patienten wurde auf drei Ebenen betrachtet:
Der formal-quantitativen Ebene,
der Syndrom-Ebene,
der Item-Ebene.

3.2.1.3.1. Formal-quantitative Ebene

Zunächst wurde lediglich die Anzahl der markierten Items nach Vorhanden oder Nichtvorhanden gezählt: Danach wurden von den 123 möglichen Items 73 Items benutzt. Insgesamt wurden 332 Markierungen bei den Patienten, die später chronifizierten, vorgenommen, d.h. durchschnittlich wurden 18,4 Items pro Patient markiert. Dann wurde noch der Ausprägungsgrad der Items erfaßt. Dieser setzte sich aus 140 "leicht" ausgeprägt markierten Items (42,2 %), aus 149 "mittel" ausgeprägt markierten Items (44,9 %) und aus 43 "schwer" ausgeprägt markierten Items (13.%) zusammen. Im Durchschnitt wurde eine Ausprägungsgrad von $\bar{x}$ = 1,7 erreicht, d.h. ein Schweregrad zwischen "leicht" und "mittel" ausgeprägt (s. Tab. 15).

3.2.1.3.2. Syndrom-Ebene

Aus den für jeden Patienten ausgefüllten AMP-Belegen wurden AMP-Syndrome nach GEBHARDT et al. (1981) gebildet. Da die einzelnen Syndrome nur bestimmte Items beinhalten, werden zunächst noch nicht alle psychopathologischen Merkmale des AMP-Beleges berücksichtigt. Die Bildung der Syndrome führte zu folgenden Ergebnissen: Den höchsten Durchschnittswert erreichten die später chronifizierten Patienten im paranoid-halluzinatorischen Syndrom. Das apathische Syndrom zeigte den zweithöchsten Durchschnittswert und das manische Syndrom erreichte den dritthöchsten Durchschnittswert. Bei diesen drei Syndromen lagen die Durchschnittswerte über 50 (T-Transformation). Beim Hostilitätssyndrom, beim stuporösen Syndrom, beim depressiven Syndrom und beim psychoorganischen Syndrom befanden sich alle Durchschnittswerte der Reihenfolge entsprechend unter 50 (s. Abb. 1, Anhang 7).

3.2.1.3.3. Item-Ebene

Wichtige psychopathologische Merkmale, die keine genü-

gend empirisch belegbare Spezifität besitzen, sind bei der Syndrombildung aufgrund der Auswahl der Items nicht erfaßt, z.B. ist das Item Konzentrationsstörungen oder das Item Ängstlichkeit in keinem Syndrom enthalten, da es auch keinem Syndrom eindeutig zuzuordnen ist. Bei der hier untersuchten Frage erschien es jedoch wichtig, alle Items zu berücksichtigen, um mögliche Unterscheidungsmerkmale nicht zu übersehen.
Im folgenden werden deshalb alle Items aus dem psychopathologischen Befund, der bei Indexaufnahme auf dem AMP-Beleg dokumentiert worden war, dargestellt, die bei mindestens 50 % der Patienten markiert worden waren. Sie sind in Tab. 16 zusammengestellt.
Bei 11 Patienten (61,1 %) wurden Konzentrationsstörungen markiert. Bei neun Patienten (50 %) wurde das Item Wahnstimmung markiert, und bei 10 Patienten (55,6 %) wurden Wahnwahrnehmungen abgebildet. Wahneinfälle wurden bei weiteren neun Patienten markiert, und das Item Wahndynamik wurde bei elf Patienten (61,1 %) dokumentiert. Ein systematisierter Wahn wurde bei neun Patienten und ein Beeinflussungs- oder Verfolgungswahn bei 12 Patienten (66,7 %) angegeben. Akustische Halluzinationen im Sinne von Stimmenhören wurde bei elf Patienten (61,1 %) markiert. Bei neun Patienten (50 %) wurde das Item sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse erfaßt. Sowohl das Item Ratlosigkeit als auch das Item deprimiert wurde bei elf Patienten (61,1 %) markiert. Bei neun Patienten (50 %) wurde Ängstlichkeit angegeben, und bei weiteren neun Patienten wurde das Item innere Unruhe abgebildet. Kontaktverminderung wurde bei 14 Patienten (66,7 %) erfaßt und das Item Krankheitsgefühl wurde bei 12 Patienten (66,7 %) dokumentiert. Der Häufigkeit nach traten diese Symptome wie folgt auf:

Kontaktverminderung	14 mal
Beeinflussungs- oder Verfolgungswahn-	
Krankheitsgefühl	12 mal

Konzentrationsstörungen - Stimmenhören - Ratlosigkeit - deprimiert - Wahndynamik 11 mal
Wahnwahrnehmungen 10 mal
Wahnstimmung - Wahneinfälle - systematisierter Wahn - sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse - innere Unruhe - Krankheitseinsicht 9 mal.

Zusammengefaßt ergibt sich:
73 AMP-Items wurden 332 mal markiert, d.h. 18,4 markierte Items pro Patient. Die Markierungen wurden im Durchschnitt zwischen "leicht" und "mittel" ausgeprägt vorgenommen.
Bei der Syndrombildung erreichten das paranoid-halluzinatorische und das apathische Syndrom die höchsten Durchschnittswerte.
Es fanden sich 15 Items, die bei mindestens 50 % aller Patienten vorlagen.
Die Items Kontaktverminderung, Krankheitsgefühl und Beeinflussungs- oder Verfolgungswahn waren bei mehr als 65 % der später chronifizierten Patienten markiert worden.

3.2.1.4. Somatischer Befund (AMP-Beleg 4)

Der für jeden Patienten bei der Aufnahme markierte AMP-Beleg wurde mit folgenden Ergebnissen ausgewertet:

3.2.1.4.1. Formal-quantitative Ebene

Hier wurde zunächst nur die Anzahl der markierten Items nach Vorhanden oder Nichtvorhanden gezählt: Von 58 möglichen Items wurden bei den später chronifizierten Patienten 16 Items benutzt.
Insgesamt lagen 53 Markierungen vor, d.h. im Durchschnitt wurden 2,9 Items pro Patient markiert. Dann wurde noch der Ausprägungsgrad der Items ausgewertet: 31 mal (58,5 %) wurde ein Merkmal als "leicht" ausgeprägt be-

urteilt, 15 mal (28,3 %) als "mittel" ausgeprägt eingeschätzt und 7 mal (13,2 %) als "schwer" ausgeprägt markiert. Jedes Merkmal wurde im Durchschnitt mit einer Ausprägung von $\bar{x} = 1,5$, d.h. zwischen "leicht" und "mittel" ausgeprägt markiert (s. Tab. 17).

3.2.1.4.2. Item-Ebene

Einen Überblick dazu gibt Tab. 18 und 19.
Im Bereich der Schlafstörungen, die bei 17 Patienten (94,4 %) vorlagen, wurden 31 Markierungen vorgenommen. Bei 11 (61,1 %) der später chronifizierten Patienten wurde das Item Einschlafstörungen markiert. Das Item Durchschlafstörungen wurde bei sieben Patienten (38,8 %), das Item verstärkte Traumtätigkeit bei sechs Patienten (33,3 %) und das Item Verkürzung der Schlafdauer bei fünf Patienten (27,7 %) dokumentiert. Müdigkeit lag bei zwei Patienten (11,1 %) vor.
12 Markierungen fanden sich im Bereich Appetenzstörungen, die bei 11 Patienten (61,1 %) dokumentiert waren. Das Item verminderter Appetit wurde bei 10 Patienten (55,5 %) markiert. Sowohl vermehrter Appetit als auch vermehrter Durst wurden bei nur einem Patienten abgebildet.
Vegetative Symptome lagen bei sieben Patienten (38,8 %) vor, es waren neun Merkmale markiert. Die Items Kopfdruck und Schwitzen wurden jeweils bei zwei Patienten (11,1 %) markiert. Jeweils bei einem Patienten bestand die vegetative Symptomatik aus Atemstörungen, Übelkeit, Kollaps, Herzsensationen oder Schwindel.
Die am häufigsten markierten Items waren:

Einschlafstörungen	11 mal
Appetitverminderung	10 mal
Durchschlafstörungen	7 mal
verstärkte Traumtätigkeit	6 mal
Verkürzung der Schlafdauer	5 mal.

Zusammengefaßt ergibt sich:

16 Items wurden benutzt; insgesamt wurden 53 Markierungen vorgenommen, d.h. 2,9 Items pro Patient.
Bei 17 Patienten (94,4 %) wurden Schlafstörungen markiert. Bei 11 Patienten (61,1 %) wurden Appetenzstörungen und bei sieben Patienten (38,8 %) vegetative Symptome dokumentiert.
Das Item Einschlafstörungen (61,1 %) und das Item Appetitverminderung (55,5 %) fand sich bei mehr als 50 % der später chronifizierten Patienten.

3.2.1.5. Befunde zum stationären Verlauf

Diese Befunde wurden vor allem aus den Verlaufseintragungen der Ärzte im Krankenblatt und aus den Kurven gewonnen. Hier soll nun geprüft werden, ob der stationäre Verlauf Hinweise auf eine spätere Chronifizierung der Erkrankung gibt. Dazu wurden folgende Daten ausgewertet:

Dauer des stationären Aufenthaltes,
medikamentöse Behandlung während des Aufenthaltes und bei Entlassung,
"Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß" (PIETZCKER 1983),
Art der Entlassung.

3.2.1.5.1. Dauer des stationären Aufenthaltes

Die durchschnittliche Liegedauer der später chronifizierten Patienten betrug 67,6 ± 25,8 Tage mit einem Minimum von 24 Tagen und einem Maximum von 115 Tagen. Es fiel auf, daß die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der männlichen Patienten nur 63,5 ± 25,5 Tage betrug, dagegen blieben die weiblichen Patienten durchschnittlich 79,8 ± 22,7 Tage in stationärer Behandlung. Außerdem wurde die Liegedauer der Patienten unter dem Aspekt betrachtet, daß jeweils nach 50 Tagen Aufenthaltsdauer (die durchschnittliche Liegedauer aller Patienten der Psychiatrischen Klinik betrug 1976 ungefähr 50 Tage)

Grenzwerte bestimmt wurden. Dies ergab folgendes Bild: Fünf Patienten (25 %) wurden zwischen einem und 49 Tagen und 12 Patienten (60 %) zwischen 50 und 99 Tagen stationär behandelt. Drei Patienten (15 %) blieben zwischen 100 und 149 Tagen in der Klinik (s. Tab. 20).

3.2.1.5.2. Medikamentöse Behandlung während des Aufenthaltes und bei Entlassung

Die Daten der Psychopharmaka-Therapie wurden folgendermaßen ausgewertet:

Anzahl der verabreichten Psychopharmaka während des gesamten Klinikaufenthaltes

Drei Patienten (15 %) wurden nur mit einem Psychopharmakon behandelt. Acht Patienten (40 %) wurden zwei und sechs Patienten (30 %) drei unterschiedliche Psychopharmaka verabreicht. Nur drei Patienten (15 %) wurden mit vier Psychopharmaka behandelt. Mehr als vier Medikamente wurden keinem der später chronifizierten Patienten verordnet (s. Tab. 21 a).

Art der verabreichten Psychopharmaka im Verlauf der klinischen Behandlung

Hier wurde aufgeführt, welche Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer den Patienten überhaupt einmal während ihres Klinikaufenthaltes verordnet wurden. Die Verordnungsdauer stimmte in der Regel nicht mit der Dauer des Klinikaufenthaltes überein; nur in drei Fällen wurde während des gesamten stationären Verlaufes keine Veränderung in der medikamentösen Therapie vorgenommen. Die neuroleptische Behandlung stellte sich folgendermaßen dar:
14 Patienten (70 %) wurden mit Haloperidol (Haldol ^{R}) behandelt, und 13 Patienten (65 %) erhielten Perazin

(Taxilan R). Unter den mit Perazin behandelten waren die drei Patienten, die von Beginn ihres Aufenthaltes bis zur Entlassung allein mit diesem Neuroleptikum behandelt wurden. Sechs Patienten (30 %) wurde Clozapin (Leponex R) verordnet, drei Patienten (15 %) wurde Pimozide (Orap R) verabreicht, ein Patient wurde mit Fluphenazin (Lyogen R) behandelt. Aus der Reihe der Depot-Neuroleptika erhielten fünf Patienten (25 %) Penfluridol (Semap R) und vier Patienten (20 %) Fluspirilene (Imap R).
Eine zusätzliche antidepressive Therapie wurde bei drei Patienten durchgeführt: Davon wurden zwei Patienten (10 %) mit Amitriplylin (Laroxyl R) und ein Patient mit Dibenzepin (Noveril R) behandelt.
Keinem Patienten wurden Tranquilizer verordnet (s. Tab. 21 b).

Die Entlassungsmedikation

13 der später chronifizierten Patienten (65 %) wurden mit nur einem Medikament aus der Klinik entlassen. Sechs Patienten (30 %) erhielten zwei Medikamente, und nur ein Patient bekam drei Medikamente. Die durchschnittliche Dosis der einzelnen Medikamente bei Entlassung betrug: Bei Pimozide, das drei Patienten erhielten, 6,6 ± 1,9 mg/die und bei Perazin, das 10 Patienten bekamen, 260 ± 110 mg/die. Die durchschnittliche Dosis von Fluspirilene (drei Patienten) lag bei 6,3 ± 2,6 mg/Woche und die von Penfluridol (fünf Patienten) bei 26 ± 11 mg/Woche. Jeweils ein Patient wurde mit 6 mg Haloperidol/die, bzw. 25 mg Clozapin/die, bzw. 4 mg Fluphenazin/die entlassen.
Ein Patient erhielt zusätzlich 75 mg Amitriptylin/die (s. Tab. 21 c)).

3.2.1.5.3. "Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß"

Bei der "Erfolgsbeurteilung" (PIETZCKER 1983) handelt es sich ausschließlich um eine Einschätzung des Behandlungsergebnisses durch den behandelnden Arzt. Die Ergebnisse, die in Tab. 22 zusammengestellt sind, im einzelnen:

Symptomatik

Bei keinem der 20 später chronifizierten Patienten wurde die Symptomatik von dem behandelnden Arzt als "verschlechtert" oder "unverändert" eingeschätzt. Drei Patienten (15 %) wurden als nur "leicht gebessert" und 15 Patienten (75 %) als "gut gebessert" beurteilt. Nur zwei Patienten (10 %) wurden als "voll gebessert" eingeschätzt. Der Mittelwert aller Patienten lag bei $\bar{x} = 4$, d.h. im Gruppendurchschnitt hatten sich alle Patienten "gut" gebessert.

Leistungsfähigkeit

Die Leistungsfähigkeit am Ende der Behandlung wurde bei keinem Patienten als "verschlechtert" eingeschätzt. Bei zwei Patienten (10 %) wurde sie als "ungebessert" und bei neun Patienten (45 %) als "leicht gebessert" beurteilt. Immerhin wurden acht Patienten (40 %) als "gut gebessert" beurteilt und ein Patient als "voll gebessert" eingeschätzt. Der Mittelwert aller Patienten betrug $\bar{x} = 3{,}4$, d.h. der Gruppendurchschnitt lag zwischen "leicht" und "gut" gebessert.

Soziale Situation

Die soziale Situation hatte sich nach Einschätzung des Arztes am Ende der Behandlung bei einem Patienten "verschlechtert". Bei 13 Patienten (65 %) wurde sie als "unverändert" beurteilt. Bei vier Patienten (20 %) wurde sie als "leicht gebessert" und bei zwei Patien-

ten (10 %) als "gut gebessert" eingeschätzt. Eine vollständige Besserung wurde bei keinem Patienten gesehen. Der Mittelwert aller Patienten lag hier bei $\bar{x} = 2,4$, d.h. die soziale Situation war im Durchschnitt praktisch "unverändert" geblieben.

Soziales Verhalten

Das soziale Verhalten wurde bei keinem Patienten als "verschlechtert" beurteilt, und nur ein Patient wurde als "unverändert" eingeschätzt. 12 Patienten (60 %) wurden als "leicht gebessert" und weitere sieben Patienten (35 %) als "gut gebessert" beurteilt. Kein Patient erschien "vollständig gebessert". Der Mittelwert lag mit $\bar{x} = 3,3$ etwas günstiger als "leicht" gebessert.

Subjektives Wohlbefinden des Patienten

Hier dürfen von den Ärzten nur die Äußerungen des Patienten, die er in bezug auf sein Wohlbefinden gemacht hat, markiert werden.
Von keinem Patienten wurde am Ende der Behandlung ein "verschlechtertes" oder "unverändertes" Wohlbefinden geäußert. Bei sechs Patienten (30 %) wurde markiert, daß sie sich "leicht gebessert" fühlten und bei 10 Patienten (50 %), daß sie sich "gut gebessert" fühlten. Vier Patienten (20 %) gaben an, sich "vollständig gebessert" zu fühlen. Der Mittelwert lag hier, wie bei der Einschätzung der Symptomatik hoch, bei $\bar{x} = 3,9$, d.h. im Durchschnitt schätzten sich alle Patienten fast "gut gebessert" ein.

3.2.1.5.4. Art der Entlassung

Bei allen 20 Patienten, die später chronifizierten, wurde die stationäre Behandlung in Absprache mit dem behandelnden Arzt beendet, d.h. kein Patient verließ auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat oder auf eine

andere Art die Klinik.

3.2.2. Beschreibung der später nicht-chronifizierten Patienten bei Indexaufnahme

3.2.2.1. Soziodemographische Daten (AMP-Beleg 1)

Aufnahmemodus

Alle Patienten kamen freiwillig zur Aufnahme. Die Behandlung wurde bei 12 Patienten (44,6 %) auf einer offenen und bei 15 Patienten (55,6 %) auf einer geschlossenen Station durchgeführt.

Geschlechterverteilung und Alter

Von 47 nachuntersuchten Patienten war die Erkrankung, beurteilt an Hand der dargestellten Verlaufskriterien, bei 27 Patienten (57,4 %) nicht chronifiziert. Es waren 14 Männer (51,9 %) und 13 Frauen (48,1 %) (s. Tab. 6). Das Durchschnittsalter bei Aufnahme lag bei 31,4 $\pm$ 8,5 Jahren mit einem Mininum von 19 und einem Maximum von 47 Jahren. Das Aufnahmealter, betrachtet in Abständen von 10 Jahren, d.h. von 10 bis 19 Jahren, von 20 bis 29 Jahren usw. zeigte folgende Verteilung: Ein Patient war 19 Jahre alt. 12 Patienten (44,4 %) waren zwischen 20 und 29 Jahre alt, acht Patienten (29,6 %) waren im Alter zwischen 30 und 39 Jahren, und sechs Patienten (22,2 %) waren zwischen 40 und 49 Jahre alt (s. Tab. 7).

Zivilstand und Wohnsituation

13 (48,1 %) der später nicht-chronifizierten Patienten waren ledig. Neun Patienten (33,3 %) waren verheiratet, fünf Patienten (18,5 %) waren geschieden. Vier der verheirateten Patienten hatten ein Kind, und drei hatten zwei Kinder. Von den geschiedenen Eheleuten besaßen drei Patienten ein Kind (s. Tab. 8).

Die Wohnsituation sah folgendermaßen aus:
10 Patienten (37 %) lebten allein. Es waren sechs von den ledigen und vier von den geschiedenen Patienten. Die neun verheirateten Patienten lebten mit dem Ehepartner zusammen, einer der geschiedenen Patienten wohnte noch mit seiner Familie zusammen, und eine Patientin hatte mit ihrem Freund eine Wohnung (insgesamt 40,7 %). Sechs Patienten (22,2 %) wohnten bei den Eltern; sie waren alle ledig (s. Tab. 9).

Schulbildung

12 Patienten (44,4 %) hatten eine Volksschule besucht. Sechs Patienten (22,2 %) hatten eine Mittelschule und neun Patienten (33,3 %) eine Oberschule besucht (s. Tab. 10).

Berufliche Entwicklung

Die berufliche Entwicklung der Patienten, die später nicht chronifizierten, ist in den Tabellen 11 a, b, d und 12 zusammengefaßt. Die Ergebnisse im einzelnen:

Berufsausbildung: Drei Patienten (11,1 %) waren bei Beginn der Erkrankung ohne Berufsausbildung. 10 Patienten (37 %) hatten eine Lehre abgeschlossen, einer hatte sie abgebrochen. Von sechs Patienten (22,2 %) wurde eine Fachschule absolviert, sieben Patienten (25,9 %) studierten an einer Universität bzw. Hochschule.

Berufliche Stellung: Fünf Patienten waren vor Beginn ihrer Erkrankung nicht mehr in ihrem ausgebildeten Beruf beschäftigt. Betrachtete man die berufliche Stellung aller nicht chronifizierten Patienten vor Aufnahme, übten fünf Patienten (18,5 %) eine ungelernte Tätigkeit und drei Patienten (11,1 %) eine angelernte Tätigkeit aus. Sieben Patienten (25,9 %) arbeiteten in einem Lehrberuf. Fünf Patienten (18,5 %) waren in einem Beruf tätig, der einen Fachschulabschluß voraussetzte, und ein Patient übte eine akademische Tätigkeit

aus. Sechs Patienten (22,2 %) studierten an der Universität.
16 Patienten (59,3 %) hatten bei Indexaufnahme eine Arbeitsstelle. Nur drei Patienten (11,1 %) waren schon länger als einen Monat, aber weniger als ein Jahr, arbeitslos. Zwei Patientinnen (7,4 %) waren Hausfrauen, und die oben genannten sechs Patienten (22,2 %) studierten an einer Universität bzw. Hochschule.

Soziale Schichtzugehörigkeit

Entsprechend der beruflichen Stellung vor Aufnahme gehörten sechs Patienten (22,2 %) der Unterschicht und 12 Patienten (44,4 %) der unteren Mittelschicht an. Hinzu kamen zwei Patienten (7,4 %), die der oberen Mittelschicht angehörten und weitere sieben Patienten (25,9 %), die zur Oberschicht gezählt wurden (s. Tab. 13).

3.2.2.2. Daten der Krankheitsvorgeschichte (AMP-Beleg 2)

Diagnostische Zuordnung

Bei 20 (74 %) der später nicht chronifizierten Patienten wurde eine paranoide Schizophrenie (ICD 295.3) und bei vier Patienten (14,8 %) eine akute schizophrene Episode (ICD 295.4) diagnostiziert. Zwei Patienten (7,4 %) hatten eine schizo-affektive Psychose. Nur bei einem Patienten lag eine hebephrene Schizophrenie (ICD 295.1) vor.
Bei einem Patienten bestand zusätzlich eine Medikamentenabhängigkeit (ICD 304) (s. Tab. 14).

3.2.2.3. Psychopathologischer Befund (AMP-Beleg 3)

Die Auswertung der bei Indexaufnahme erhobenen psycho-

pathologischen Befunde führte zu folgenden Ergebnissen:

3.2.2.3.1. Formal-quantitative Ebene

Die Anzahl der markierten Items wurde nach Vorhanden oder Nichtvorhanden gezählt: 74 der 123 möglichen Items wurden benutzt. Insgesamt wurden 465 Markierungen vorgenommen, d.h. durchschnittlich wurden 17,2 Items pro Patient markiert. Dann wurde noch der Ausprägungsgrad betrachtet: 215 mal (46,2 %) wurde ein Item als "leicht" ausgeprägt markiert, 224 (48,2 %) wurde ein Item als "mittel" ausgeprägt beurteilt, und 26 mal (5,6 %) wurde ein Item als "schwer" ausgeprägt markiert. Der Ausprägungsgrad betrug durchschnittlich $\bar{x}$ = 1,6, d.h. der Schweregrad lag zwischen "leicht" und "mittel" ausgeprägt (s. Tab. 15).

3.2.2.3.2. Syndrom-Ebene

Bei der Bildung der AMP-Syndrome erreichten die Patienten, die später nicht chronifizierten, den höchsten Durchschnittswert im paranoid-halluzinatorischen Syndrom. Das manische Syndrom zeigte den zweithöchsten Durchschnittswert. Nur diese beiden Syndrome erreichten einen Durchschnittswert, der über 50 (T-Transformation) lag. Die Durchschnittswerte der übrigen Syndrome befanden sich der Reihenfolge entsprechend unter 50: Hostilitätssyndrom, apathisches Syndrom, stuporöses Syndrom, psychoorganisches Syndrom, depressives Syndrom (s. Abb. 1).

3.2.2.3.3. Item-Ebene

Hier sei noch einmal erwähnt, daß alle Items der psychopathologischen Befunde (AMP-Beleg 3) dargestellt sind, die bei mindestens 50 % der später nicht chroni-

fizierten Patienten vorhanden waren.
Einen Überblick dazu gibt Tabelle 16.
Bei 18 Patienten (66,7 %) wurden Konzentrationsstörungen markiert, bei 22 Patienten (81,5 %) wurde eine Wahnstimmung markiert und bei 19 (70,4 %) wurde das Item Beeinflussungs- oder Verfolgungswahn abgebildet. Akustische Halluzinationen im Sinne von Stimmenhören wurden bei 15 Patienten (55,6 %) angegeben. Bei 20 Patienten (74 %) wurde das Item Ratlosigkeit markiert, und bei 14 Patienten (51,8 %) bestand Ängstlichkeit. Verminderter Kontakt wurde bei 17 Patienten (63 %) erfaßt. 15 Patienten (55,6 %) gaben außerdem ein Krankheitsgefühl an.
Der Häufigkeit nach wurden die Items in folgender Reihenfolge markiert:

Wahnstimmung	22 mal
Ratlosigkeit	20 mal
Beeinflussungs- oder Verfolgungswahn	19 mal
Konzentrationsstörungen	18 mal
Kontaktverminderung	17 mal
Stimmenhören - Krankheitsgefühl	15 mal
Ängstlichkeit	14 mal

Insgesamt lagen acht Merkmale aus dem psychopathologischen Aufnahmebefund der später nicht chronifizierten Patienten vor, die bei mindestens 50 % der Patienten vorhanden waren. Allerdings verfehlten fünf weitere Merkmale mit 44,4 % die 50 %-Grenze nur knapp. Es waren: Inkohärentes Denken, Gespanntsein, Mangel an Krankheitseinsicht, sonstige Fremdbeeinflussungserlebnisse und innere Unruhe.

Zusammengefaßt ergibt sich:
74 AMP-Items wurden benutzt. Insgesamt gab es 465 Markierungen, d.h. 17,2 markierte Items pro Patient. Die Items wurden im Durchschnitt zwischen "leicht" und

"mittel" ausgeprägt markiert.
Das paranoid-halluzinatorische und das manische Syndrom zeigte den höchsten Durchschnittswert.
Es fanden sich acht Items, die bei mindestens 50 % der Patienten markiert wurden.
Die AMP-Merkmale Wahnstimmung, Ratlosigkeit, Beeinflussungs- oder Verfolgungswahn und Konzentrationsstörungen wurden bei mehr als 65 % der Patienten markiert.

3.2.2.4. Somatischer Befund (AMP-Beleg 4)

3.2.2.4.1. Formal-quantitative Ebene

Von den 58 möglichen Items wurden lediglich 23 benutzt. Insgesamt wurden 82 Markierungen vorgenommen, d.h. im Durchschnitt wurden drei Items pro Patient markiert. 43 mal (52,4 %) wurde ein Merkmal als "leicht" ausgeprägt und 32 mal (39 %) als "mittel" ausgeprägt markiert. Sieben mal (8,5 %) wurde ein Merkmal als "schwer" ausgeprägt beurteilt. Im Durchschnitt lag die Ausprägung bei $\bar{x} = 1,6$, d.h. ein Schweregrad zwischen "leicht" und "mittel" ausgeprägt (s. Tab. 17).

3.2.2.4.2. Item-Ebene

Einen Überblick gibt Tabelle 18 und 19.
Schlafstörungen fanden sich bei 22 Patienten (81,4 %). Sie wurden 40 mal markiert. Das Item Einschlafstörungen wurde bei 16 (59,2 %) Patienten, die später nicht chronifizierten, markiert. Bei neun Patienten (33,3 %) fanden sich Durchschlafstörungen. Das Item verkürzte Schlafdauer wurde bei 10 Patienten (37 %) und das Item Müdigkeit bei vier Patienten (14,8 %) abgebildet.
Eine verstärkte Traumtätigkeit wurde außerdem noch bei einem Patienten markiert.
Appetenzstörungen, die bei 18 Patienten (66,6 %) vorlagen, wurden bei jedem Patienten auch nur einmal mar-

kiert. Das Item Appetitverminderung fand sich bei 15 Patienten (55,5 %). Außerdem wurde noch bei zwei Patienten vermehrter Durst und bei einem Patienten vermehrter Appetit erfaßt.
Bei den vegetativen Symptomen, die bei 13 Patienten (48,1 %) vorhanden waren, gab es 19 Markierungen. Hier wurden folgende Items markiert: Vier Patienten (14,8 %) litten unter Obstipation; weitere vier Patienten gaben Kopfdruck an, bei drei Patienten bestand Mundtrockenheit und zwei Patienten hatten Akkomodationsstörungen. Jeweils ein Patient hatte eines der folgenden Symptome: Seborrhoe, Diarrhoe, Hitzegefühl, Schwitzen, Herzsensationen oder Flush.
Weitere körperliche Symptomatik war bei vier Patienten (14,(%) abgebildet. Insgesamt fanden sich fünf Markierungen. Jeweils ein Patient hatte eines der folgenden Symptome: Menstruationsstörungen, Parästhesien, Miktionserschwerung, Pruritus oder kreislaufabhängige Komplikationen. Die am häufigsten markierten Items waren:

Einschlafstörungen	16 mal
Appetitverminderung	15 mal
Verkürzung der Schlafdauer	10 mal
Durchschlafstörungen	9 mal
Müdigkeit oder Kopfdruck oder Obstipation	4 mal.

Zusammengefaßt ergibt sich:
23 der 58 Items wurden benutzt und 82 Markierungen vorgenommen, d.h. drei markierte Items pro Patient.
Schlafstörungen wurden bei 22 Patienten (81,4 %) markiert; Appetenzstörungen fanden sich bei 18 Patienten (66,6 %); vegetative Symptome waren bei 13 Patienten (48,1 %) vorhanden.
Einschlafstörungen (59,2 %) und Appetitverminderung (55,5 %) wurden bei mehr als 50 % der Patienten gefun-

den.

3.2.2.5. Befunde zum stationären Verlauf

Hier wurde die stationäre Behandlung der später nicht chronifizierten Patienten auf Merkmale hin geprüft, die ein später chronifiziertes Krankheitsbild von einer ausgeheilten Erkrankung unterscheiden. Die Ergebnisse im einzelnen:

3.2.2.5.1. Dauer des stationären Aufenthaltes

Die durchschnittliche Liegedauer der später nicht chronifizierten Patienten betrug 71,8 ± 46,3 Tage mit einem Minimum von 13 und einem Maximum von 259 Tagen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der männlichen Patienten lag bei 87,6 ± 55,5 Tagen, die der weiblichen Patienten dagegen nur bei 54,8 ± 24,1 Tagen. Dann wurde noch die Liegedauer jeweils in Abständen von 50 Tagen Aufenthaltsdauer betrachtet: Es fanden sich acht Patienten (29,6 %), die zwischen einem und 49 Tagen in stationärer Behandlung blieben und 14 Patienten (51,9 %), die zwischen 50 und 99 Tagen in der Klinik waren. Nur fünf Patienten (18,5 %) verbrachten zwischen 100 und 149 Tage in der Klinik (s. Tab. 20).

3.2.2.5.2. Medikamentöse Behandlung während des Aufenthaltes und bei Entlassung

Diese wurde nach der Anzahl der verabreichten Psychopharmaka, der Art des Medikamentes und der Dosis der Entlassungsmedikation beurteilt und mit folgenden Ergebnissen ausgewertet:

Anzahl der verabreichten Psychopharmaka während des gesamten Klinikaufenthaltes

Fünf Patienten (18,5 %) wurden nur mit einem Medikament behandelt. Bei der Verabreichung von mehreren Medikamenten blieb hier unberücksichtigt, wieviele Medikamente zu gleicher Zeit verordnet wurden: 11 Patienten wurden mit zwei und sechs Patienten (22,2 %) mit drei verschiedenen Medikamenten behandelt. Fünf Patienten (18,5 %) erhielten während ihres Aufenthaltes mehr als drei Psychopharmaka: Es waren drei Patienten mit vier und jeweils ein Patient mit fünf bzw. sechs Medikamenten (s. Tab. 21 a).

Art der verabreichten Psychopharmaka im Verlauf der klinischen Behandlung:

In der Regel stimmte die Verordnungsdauer nicht mit der Dauer des stationären Aufenthaltes überein. Dies traf nur bei sechs Patienten (22,2 %) zu. Es waren die fünf Patienten, die nur mit einem Medikament behandelt wurden, und ein weiterer Patient, dem zwei Medikamente verordnet wurden (Haloperidol und Perazin). Die neuroleptische Behandlung der später nicht chronifizierten Patienten sah folgendermaßen aus:
20 Patienten (74 %) wurden mit Perazin (Taxilan^{R}) behandelt; drei Patienten erhielten ausschließlich dieses Medikament. Haloperidol (Haldol^{R}) wurde am zweithäufigsten verordnet; es erhielten 18 Patienten (66,7 %). Neun Patienten (33,3 %) bekamen Penfluridol (Semap^{R}), ein Patient wurde nur mit diesem Medikament behandelt. Sechs Patienten (22,2 %) wurde Laevomepromazin (Neurocil^{R}) und jeweils drei Patienten (11,1 %) Floropipamid (Dipiperon^{R}), oder Thioridazin (Melleril^{R}) verabreicht. Ein Patient bekam ausschließlich Thioridazin während seiner stationären Behandlung. Drei weitere Patienten (11,1 %) wurden mit Clozapin (Leponex^{R}) behandelt. Bei jeweils einem Patienten wurde die Behandlung mit Pimozide (Orap^{R}), Fluphenazin (Lyogen^{R}), Fluspirilene (Imap^{R}) oder Randolectil durchgeführt.

Fünf Patienten (18,5 %) wurden zusätzlich mit Antidepressiva behandelt, und zwar zwei Patienten mit Amitriptylin (Laroxyl R), zwei Patienten mit Imipramin (Tofranil R) und ein Patient mit Dibenzepin (Noveril R). Tranquilizer erhielt keiner der später nicht chronifizierten Patienten (s. Tab. 21 b).

Die Entlassungsmedikation:

20 Patienten (74 %) erhielten bei Entlassung ein Medikament, sieben Patienten (26 %) bekamen zwei Medikamente. Die Durchschnittsdosis der einzelnen Medikamente betrug: Bei Perazin, das 14 Patienten erhielten, $\bar{x}$ = 169 ± 112 mg/die und bei Penfluridol, welches acht Patienten bekamen, $\bar{x}$ = 25 ± 25 mg/Woche. Zwei Patienten wurden mit durchschnittlich 7,5 ± 1,5 mg Haloperidol/die entlassen, und jeweils ein Patient wurde mit 8 mg Pimozide/die, 12,5 mg Clozapin/die, 400 mg Thioridazin/die oder Fluphenazin 25 mg/14tägig entlassen (s. Tab. 21 c).

3.2.2.5.3. "Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß"

Die Erfolgsbeurteilung wurde nur von 26 Patienten ausgewertet, da sich in einer Krankengeschichte kein Beurteilungsbogen fand. Einen Überblick gibt Tabelle 22. Wie bereits erwähnt, handelt es sich hier um Einschätzungen der behandelnden Ärzte, die bei den später nicht chronifizierten Patienten zu folgenden Ergebnissen führten:

Symptomatik

Bei keinem der 26 Patienten wurde die Symptomatik am Ende der stationären Behandlung als "verschlechtert" oder "unverändert" eingeschätzt. Fünf Patienten (19,2 %) wurden als "leicht gebessert" und 16 Patienten (61,5 %) als "gut gebessert" beurteilt.

Bei fünf Patienten fand sich eine "vollständige" Besserung ihrer Symptomatik. Der Mittelwert aller Patienten lag bei $\bar{x} = 4$, d.h. die Symptomatik der Gruppe wurde insgesamt als "gut gebessert" beurteilt.

Leistungsfähigkeit

Bei keinem Patienten wurde sie als "verschlechtert" eingeschätzt, und nur bei einem Patienten blieb sie "unverändert". Bei 10 Patienten (38,5 %) wurde sie als "leicht gebessert" und bei weiteren 10 Patienten als "gut gebessert" beurteilt. Immerhin fünf Patienten (19,2 %) wurden als "voll gebessert" eingeschätzt. Der Mittelwert lag bei $\bar{x} = 3,7$, d.h. zwischen "leicht" und "gut" gebessert, in Richtung "gut" gebessert.

Soziale Situation

Die soziale Situation wurde bei zwei Patienten (7,7 %) als "verschlechtert" eingeschätzt. Bei 10 Patienten (38,5 %) wurde sie als "unverändert" und bei neun Patienten (34,6 %) als nur "leicht gebessert" beurteilt. Bei vier Patienten (15,4 %) fand sich eine "gute" Besserung. Bei einem Patienten wurde sie sogar als "voll gebessert" eingeschätzt. Der Mittelwert der Gruppe lag hier bei $\bar{x} = 2,7$, d.h. der Gruppendurchschnitt lag zwischen "unverändert" und "leicht" gebessert, zeigte jedoch in Richtung "leicht" gebessert.

Soziales Verhalten

Das soziale Verhalten hatte sich nach Einschätzung der Ärzte bei keinem Patienten "verschlechtert". Bei drei Patienten (11,5 %) blieb es "unverändert". Die Mehrzahl der Patienten wurde als gebessert beurteilt: Es waren 11 Patienten (42,3 %), die als

"leicht gebessert", acht Patienten (30,8 %), die als "gut gebessert" und vier Patienten (15,4 %), die als "voll gebessert" eingeschätzt wurden. Der Mittelwert lag mit $\bar{x} = 3,5$ zwischen "leicht" und "gut" gebessert.

Subjektives Wohlbefinden des Patienten

Hier sollen die Angaben des Patienten wiedergegeben werden: Kein Patient gab ein "verschlechtertes" Befinden an, und nur ein Patient fühlte sich in seinem Wohlbefinden "unverändert". Fünf Patienten (19,2 %) fühlten sich "leicht" gebessert, 11 Patienten (42,3 %) gaben eine "gute" Besserung an, und neun Patienten (34,6 %) schätzten sich "voll" gebessert ein. Der Mittelwert der Gruppe lag mit $\bar{x} = 4,1$ bei "gut" gebessert.

3.2.2.5.4. Art der Entlassung

23 (85,2 %) der später nicht chronifizierten Patienten hatten die Klinik in Übereinkunft mit dem behandelnden Arzt verlassen, vier Patienten (14,8 %) verliessen sie auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat.

3.2.3. Vergleich beider Gruppen in Hinblick auf die Gewinnung von Prognosekriterien

3.2.3.1. Soziodemographische Daten (AMP-Beleg 1)

Aufnahmemodus

Jeweils 50 % (10) der später chronifizierten Patienten wurden auf einer offenen oder geschlossenen Station behandelt. Davon waren 10 % (2) untergebracht worden. Von den nicht chronifizierten Patienten wurden 44,4 % (12 Patienten) auf einer offenen und etwas mehr als die Hälfte - 55,6 % (15) - auf einer geschlossenen

Station behandelt. Keiner von ihnen war untergebracht worden (s. Tab. 5).
Es bestand kein signifikanter Unterschied.

Geschlechterverteilung und Alter

Die Gruppe der chronifizierten Patienten bestand zu 75 % (15) aus Männern und zu 25 % (5) aus Frauen. Die Gruppe der nicht chronifizierten Patienten setzte sich aus 51,9 % (14) Männern und 48,1 % (13) Frauen zusammen (s. Tab. 6).
Dieser Unterschied war auf dem 10 %-Niveau signifikant (Chi-Quadrat = 3,676, d.f. = 1, $p < .10$; das Signifikanzniveau von 5 % wurde bei einem kritischen Wert von Chi-Quadrat = 3,84 knapp verfehlt).
Das Durchschnittsalter bei der Aufnahme lag für die chronifizierten Patienten bei $\bar{x} = 32,6 \pm 7,5$ Jahren, bei den nicht chronifizierten Patienten betrug es $\bar{x} = 31,4 \pm 8,5$, Jahre (s. Tab. 7).
Hier bestand kein signifikanter Unterschied.
Bei der Einteilung der Patienten nach Altersstufen in Abständen von jeweils 10 Jahren waren 45 % (9) der später chronifizierten Patienten zwischen 30 und 39 Jahre alt, von den später nicht chronifizierten Patienten gehörten nur 29,6 % (8) dieser Altersgruppe an. Der Altersgipfel der nicht chronifizierten Patienten lag mit 44,4 % (12) zwischen 20 und 29 Jahren, von den nicht chronifizierten Patienten waren nur 20 % (4) in dieser Altersgruppe. Dieser Unterschied war auf dem 5 %-Niveau signifikant. Zwischen 40 und 49 Jahren waren 25 % (5) der chronifizierten und 22,2 % (6) der nicht chronifizierten Patienten; jünger als 20 Jahre waren 10 % (2) der chronifizierten und 3,7 % (1) der nicht chronifizierten Patienten (s. Tab. 7).

Zivilstand und Wohnsituation

70 % (14) der chronifizierten und 48,1 % (13) der nicht chronifizierten Patienten waren ledig. Nur 20 % (4) der später chronifizierten Patienten waren verheiratet und 10 % (2) geschieden. Die nicht chronifizierten Patienten waren zu 33,3 % (9) verheiratet und zu 18,5 % (5) geschieden (s. Tab. 8).
Entsprechend dem hohen Anteil der später chronifizierten ledigen Patienten wohnten auch die meisten von ihnen - 55 % (11) - allein. Bei den nicht chronifizierten Patienten wohnten nur 37 % (10) allein, während 40,7 % (11) mit dem Ehepartner zusammenlebten; von den chronifizierten Patienten waren es nur 20 % (4). In beiden Gruppen wohnten die wenigsten noch bei den Eltern, und zwar waren es 25 % (5) der chronifizierten und 22,6 % (6) der nicht chronifizierten Patienten (s. Tab. 9).
Diese Merkmale zeigten keine signifikanten Gruppenunterschiede. Tendenziell waren jedoch in der später chronifizierten Gruppe mehr Patienten ledig, d.h. knapp zwei Drittel, als in der nicht chronifizierten Gruppe (etwas mehr als die Hälfte). Prozentual gesehen lebten die nicht chronifizierten Patienten zweimal häufiger mit einem Partner zusammen als die chronifizierten.

Schulbildung

35 % (7) der später chronifizierten und 44,4 % (12) der später nicht chronifizierten Patienten hatten die Volksschule besucht, 65 % (13) der chronifizierten Patienten und 55,5 % (15) der Vergleichsgruppe besaßen einen über die Volksschule hinausgehenden Schulabschluß.
Bezüglich dieses Merkmales ergab sich kein signifikan-

ter Gruppenunterschied (s. Tab. 10).

Berufliche Entwicklung

Berufsausbildung

In beiden Gruppen waren die wenigsten Patienten - 10 % (2) der chronifizierten und 11,1 % (3) der nicht chronifizierten Patienten ohne eine Berufsausbildung. Ein Lehrberuf wurde von 35 % (7) der chronifizierten und 40,7 % (11) der Vergleichsgruppe ergriffen. Eine qualifiziertere Berufsausbildung bestand bei den meisten der chronifizierten Patienten: 15 % (3) von ihnen hatten eine Fachschule und 40 % (8) eine Universität bzw. Hochschule besucht. Von den nicht chronifizierten Patienten hatten 22,2 % (6) eine Fachschule und nur 25,9 % (7) eine Universität bzw. Hochschule besucht.

Hinsichtlich der Berufsausbildung ließ sich kein signifikanter Gruppenunterschied ermitteln. Tendenziell besuchte die Gruppe der chronifizierten Patienten häufiger eine Universität bzw. Hochschule als die Vergleichsgruppe (s. Tab. 11 a).

Berufliche Stellung

Hier fanden sich keine auffallenden Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: 35 % (7) der chronifizierten und 29,6 % (8) der nicht chronifizierten Patienten waren zuletzt in einem ungelernten oder angelernten Beruf tätig. Ein Lehrberuf wurde von 25 % (5) der später cnronifizierten und 25,9 % (7) der Vergleichsgruppe ausgeübt. In einem Fachschul- oder akademischen Beruf waren 10 % (2) der chronifizierten und 22,2 % (6) der nicht chronifizierten Patienten tätig. Es studierten bzw. gingen noch zur Schule 30 % (6) der chronifizierten und 22,2 % (6) der nicht chronifizierten Patienten (s. Tab. 11 b).

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede oder Tendenzen.

Tätigkeit bei Indexaufnahme

Nur 25 % (5) der später chronifizierten Patienten waren am Tag der Aufnahme berufstätig, dagegen 59,3 % (16) der nicht chronifizierten Patienten.
Dieser Unterschied war auf dem 1 %-Niveau signifikant (Chi-Quadrat = 6,929, df = 1, $p < .01$).
Es waren in der später chronifizierten Gruppe 40 % (8) länger als vier Wochen aber weniger als ein Jahr, in der später nicht chronifizierten Gruppe nur 11,1 % (3) arbeitslos. Die anderen Patienten waren Studenten und Hausfrauen, und zwar von den später chronifizierten Patienten 30 % (6) Studenten bzw. Schüler und 5 % (1) Hausfrauen, in der Vergleichsgruppe waren 22,2 % (6) Studenten und 7,4 % (2) Hausfrauen (s. Tab. 12).

Soziale Schichtzugehörigkeit

35 % (7) der chronifizierten Patienten gehörten der Unterschicht an gegenüber 22,2 % (6) der nicht chronifizierten Patienten. Zur unteren Mittelschicht gehörten 35 % (7) der chronifizierten und 44,4 % (12) der Vergleichsgruppe. 30 % (6) der chronifizierten Gruppe waren Oberschichtpatienten, 33,3 % der Vergleichsgruppe kamen aus der oberen Mittelschicht bzw. Oberschicht (s. Tab. 13).
Die Gruppenunterschiede waren in keinem Fall statistisch signifikant.

3.2.3.2. Daten der Krankheitsvorgeschichte (AMP-Beleg 2)

Diagnostische Zuordnung

90 % der später chronifizierten Patienten hatten eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (ICD 295.3), 10 % eine Hebephrenie (ICD 295.1). Bei den später nicht chronifizierten Patienten wurde außer einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie - 74 % (20) - eine Hebephrenie bei 3,7 % (1), eine akute schizophrene Episode (ICD 295.4) bei 14,8 % (4) und eine schizo-affektive Psychose (ICD 295.7) bei 7,4 % (2) diagnostiziert.
Bei 10 % (2) der chronifizierten und 3,7 % (1) der nicht chronifizierten bestanden weitere psychiatrische Erkrankungen (s. Tab. 14).
Hinsichtlich beider Merkmale unterschieden sich die Gruppen nicht signifikant.

3.2.3.3. Der psychopathologische Befund (AMP-Beleg 3)

3.2.3.3.1. Formal-quantitative Ebene

Bei den später chronifizierten Patienten wurden 59,3 % (73), bei den nicht chronifizierten 60,2 % (74) aller Items benutzt. Insgesamt wurden 332 Markierungen - 17,6 % - in der später chronifizierten Gruppe und 465 Markierungen - 16,3 % - in der nicht chronifizierten Gruppe vorgenommen. Durchschnittlich wurden bei den chronifizierten Patienten 18,4 Items pro Patient, bei den nicht chronifizierten Patienten 17,2 Items pro Patient markiert. Berücksichtigt man den Schweregrad der Ausprägung, so erreichte er bei den später chronifizierten Patienten einen Durchschnittswert von $\bar{x} = 1,7$, bei den nicht chronifizierten Patienten lag er bei $\bar{x}=1,6$, d.h. der Schweregrad in beiden Gruppen war zwischen "leicht" und "mittel" ausgeprägt (s. Tab. 15).

Hinsichtlich dieser Merkmale ergaben sich keine signifikaten Gruppenunterschiede.

3.2.3.3.2. Syndrom-Ebene

Die sieben berechneten AMP-Syndrome traten entsprechend der Abnahme ihrer Durchschnittswerte (T-Transformation) in den beiden Gruppen in folgender Reihenfolge auf:

chronifizierte Patienten	nicht chronifizierte Patienten
1. paranoides Syndrom	1. paranoides Syndrom
2. apathisches Syndrom	2. manisches Syndrom
3. manisches Syndrom	3. Hostilitätssyndrom
4. Hostilitätssyndrom	4. apathisches Syndrom
5. stuporöses Syndrom	5. stuporöses Syndrom
6. depressives Syndrom	6. psychoorganisches Syndrom
7. psychoorganisches Syndrom	7. depressives Syndrom
1. - 3. $T > 50$, 4. - 7. $T < 50$.	1. - 2. $T > 50$, 3. - 7. $T < 50$.

Bei den später chronifizierten Patienten erreichten das paranoide Syndrom, das apathisches Syndrom und das manische Syndrom Durchschnittswerte von $T > 50$, in der Vergleichsgruppe wurden Durchschnittswerte von $T > 50$ beim paranoiden und manischen Syndrom erreicht. Im apathischen Syndrom unterschieden sich beide Gruppen statistisch signifikant ($p < .10$). Das depressive Syndrom ergab zwar keinen signifikanten Unterschied, war jedoch das nächste Syndrom mit einem größeren Unterschied ($p < .26$) zwischen beiden Gruppen (s. Abb. 1).

3.2.3.3.3. Item-Ebene

Die Ergebnisse sind in Tabelle 16 zusammengefaßt. Bei den später chronifizierten Patienten waren 12,2 % (15) der Items bei 50 % oder mehr der Patienten markiert worden, bei den nicht chronifizierten Patienten waren es lediglich 6,5 % (8) der Items. Die Items waren in beiden Gruppen identisch.

Der Unterschied war jedoch nicht signifikant.
Das Item Konzentrationstörungen war bei 61,1 % (11) der chronifizierten und 66,7 % (18) der nicht chronifizierten Patienten markiert.
Wahnstimmung fand sich bei 50 % (9) der später chronifizierten und 81,5 % (22) der später nicht chronifizierten Patienten. Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($p < .01$).
Die Anzahl der Patienten mit Beeinflussungs- und Verfolgungswahn - 66,7 % (12) der chronifizierten gegenüber 70,4 % (19) der nicht chronifizierten Patienten - erbrachte keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Stimmenhören hatten 61,1 % (11) aller später chronifizierten Patienten und 55,6 % (15) der später nicht chronifizierten Patienten. Der Unterschied war statistisch nicht signifikant.
61,1 % (11) der chronifizierten Patienten und 73,1 % (20) der nicht chronifizierten Patienten litten unter Ratlosigkeit.
In der später chronifizierten Gruppe wurde bei 50 % (9), in der später nicht chronifizierten Gruppe bei 51,8 % (14) der Fälle Ängstlichkeit angetroffen.
Kontaktverminderung fand sich bei 77,8 % (14) der chronifizierten und 63 % (17) der nicht chronifizierten Patienten. Alle drei Merkmale trennten beide Gruppen nicht signifikant.
Auch das Item Krankheitsgefühl unterschied die Patienten mit späterem ungünstigen Verlauf - 66,7 % (12) - nicht signifikant von Patienten mit einem günstigen Verlauf - 55,6 % (15) -.
Das Item Wahnwahrnehmungen war bei 55,6 % (10) der später chronifizierten und bei 40,7 % (11) der später nicht chronifizierten Patienten markiert. Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied.
Die Anzahl der Patienten mit Wahneinfällen - 50 % (9) der chronifizierten gegenüber 37 % (10) der nicht

chronifizierten Patienten - ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied.
Wahndynamik zeigten 61,1 % (11) der chronifizierten und 40,7 % (11) der nicht chronifizierten Patienten. Auch dieses Merkmal unterschied die Gruppen noch nicht statistisch signifikant. Es war jedoch die Tendenz zu erkennen, daß bei den später chronifizierten Patienten dieses Merkmal häufiger vorlag. Das Item systematischer Wahn war bei 50 % (9) der später chronifizierten und bei 18,5 % (5) der nicht chronifizierten Patienten abgebildet.
Der Unterschied war signifikant ($p < .10$).
In der chronifizierten Gruppe zeigten sich bei 50 % (9), in der nicht chronifizierten Gruppe bei 44,4 % (12) Fremdbeeinflussungserlebnisse.
Das Item Deprimiert fand sich bei 61,1 % (11) der chronifizierten und bei 29,6 % (8) der nicht chronifizierten Patienten.
Der Unterschied war statistisch signifikant ($p < .10$).

50 % (9) chronifizierte und 44,4 % (12) nicht chronifizierte Patienten zeigten innere Unruhe.
Die am häufigsten markierten Items in beiden Gruppen waren:

Chronifizierte Patienten	nicht chronifizierte Patienten
1. Kontaktverminderung	1. Wahnstimmung
2. Krankheitsgefühl	2. Ratlosigkeit
3. Beeinflussungs- und Verfolgungswahn	3. Beeinflussungs- und Verfolgungswahn

3.2.3.4. Somatischer Befund (AMP-Beleg 4)

3.2.3.4.1. Formal-quantitative Ebene

Bei den später chronifizierten Patienten wurden insgesamt 27,6 % (16) aller 58 Merkmale des AMP-Belegs 4 angestrichen. In der anderen Gruppe waren es 39,7 % (23). Insgesamt wurden in der später chronifizierten Gruppe

53 Markierungen (5 %) vorgenommen, in der nicht chronifizierten Gruppe waren es 58 Markierungen (5,2 %).
Die durchschnittliche Anzahl an markierten Items pro Patient zeigte ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede: Bei den chronifizierten Patienten waren es 2,9 Items pro Patient, in der Vergleichsgruppe 3 Merkmale pro Patient. Der Schweregrad der Ausprägung lag bei den später chronifizierten Patienten im Durchschnitt bei $\bar{x}$ = 1,5, bei den nicht chronifizierten Patienten bei $\bar{x}$ = 1,6, d.h. der Schwerpunkt der markierten Items lag in beiden Gruppen zwischen "leicht" und "mittel" ausgeprägt (s. Tab. 17).
Alle Merkmale trennten die Gruppen nicht signifikant.

3.2.3.4.2. Item-Ebene

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 18 und 19 zusammengefaßt.
Schlafstörungen hatten 94,4 % (17) der später chronifizierten Patienten (31 Markierungen) und 81,4 % (22) der nicht chronifizierten Patienten (40 Markierungen).

Das Item Einschlafstörungen fand sich bei 61,1 % (11) der chronifizierten und 59,2 % (16) der nicht chronifizierten Patienten.
Durchschlafstörungen lagen in der später chronifizierten Gruppe bei 38,8 % (7), in der nicht chronifizierten Gruppe bei 33,3 % (9) der Patienten vor.
Das Item Verkürzung der Schlafdauer bestand bei 27,7 % (5) der chronifizierten und bei 37 % (10) der nicht chronifizierten Patienten.
Diese Merkmale zeigten keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede.
Das Item verstärkte Traumtätigkeit war bei 33 % (6) der chronifizierten und bei 3,7 % (1) der Vergleichsgruppe markiert.
Der Unterschied war statistisch signifikant ($p < .05$).

Appetenzstörungen hatten 61,1 % (11) der chronifizierten Patienten (12 Markierungen) und 66,7 % (18) der nicht chronifizierten Patienten (18 Markierungen).

Hier wurde das Merkmal Appetitverminderung bei 55,5 % (10) der chronifizierten und 55,5 % (15) der nicht chronifizierten Patienten markiert.
Vegetative Symptome hatten 38,8 % (7) der später chronifizierten Patienten (9 Markierungen) und 48,1 % (13) der nicht chronifizierten Patienten (19 Markierungen).
Tendenziell gaben die später chronifizierten Patienten seltener eine vegetative Symptomatik an.
In beiden Gruppen bestand kein Unterschied zwischen den beiden häufigsten Items, die markiert wurden. Dies waren Einschlafstörungen und Appetitverminderung.

3.2.3.5. Der stationäre Verlauf

3.2.3.5.1. Dauer des stationären Aufenthaltes

Die durchschnittliche Liegedauer betrug bei den später chronifizierten Patienten $\bar{x}$ = 67,6 ± 25,8 Tage und bei den später nicht chronifizierten Patienten $\bar{x}$ = 71,8 ± 46,3 Tage. Wurde die Liegedauer bei Grenzwerten von jeweils 50 Tagen Aufenthalt betrachtet, ergab sich, daß sowohl die später chronifizierten Patienten - 60 % (12) - als auch die nicht chronifizierten Patienten - 51,9 % (14) - am häufigsten zwischen 50 und 99 Tagen stationär behandelt wurden. 25 % (5) der chronifizierten und 29,6 % (8) der anderen Gruppe blieben zwischen einem und 49 Tagen in der Klinik, und nur 15 % (3) der chronifizierten und 18,5 % (5) der nicht chronifizierten Patienten waren zwischen 100 und 149 Tagen in stationärer Behandlung.
Die später chronifizierten männlichen Patienten hatten mit durchschnittlich $\bar{x}$ = 63,5 ± 25,5 Tagen einen kürzeren Klinikaufenthalt als die nicht chronifizierten männlichen Patienten mit durchschnittlich $\bar{x}$ 87,6

± 55,5 Tagen. Bei den Patientinnen war das Verhältnis umgekehrt: Die später chronifizierten Patientinnen blieben im Durchschnitt $\bar{x}$ = 79,8 ± 22,2 Tage in der Klinik, während die nicht chronifizierten Patientinnen durchschnittlich nur $\bar{x}$ = 54,8 ± 24,1 Tage in stationärer Behandlung waren (s. Tab. 20).
Trotz dieser gegenläufigen Tendenz bei Männern und Frauen war der Unterschied statistisch nicht signifikant. Tendenziell benötigten also die später chronifizierten Männer eine längere Klinikbehandlung, bei den Frauen war es aber die Gruppe der später nicht chronifizierten Patientinnen.

3.2.3.5.2. Medikamentöse Behandlung während des Aufenthaltes und bei Entlassung

Anzahl der verabreichten Psychopharmaka

Nur ein Medikament erhielten lediglich 15 % (3) der später chronifizierten und 18,5 % (5) der nicht chronifizierten Patienten während des gesamten Klinikaufenthaltes.
55 % (11) der später chronifizierten Gruppe, d.h. die Mehrheit wurden während des Aufenthaltes mit höchstens zwei Psychopharmaka behandelt. Bei der nicht chronifizierten Gruppe waren es ebenfalls die meisten Patienten, nämlich 59,2 % (13), die ein oder zwei Medikamente erhielten. Die anderen Patienten wurden mit mehr als zwei Medikamenten behandelt. Nur bei den nicht chronifizierten Patienten wurden bei 7,4 % (2) mehr als vier Psychopharmaka verabreicht (s. Tab. 21 a).
Statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich nicht.

Art der verabreichten Psychopharmaka im Verlauf der klinischen Behandlung

Die später chronifizierte Gruppe erhielt zu 70 %

(14) für einen bestimmten Zeitraum Haloperidol und zu 65 % (13) Perazin. Die nicht chronifizierten Patienten bekamen zu 66,7 % (18) eine Zeitlang Haloperidol und zu 74 % (20) Perazin. Keiner der später chronifizierten Patienten, aber 22,2 % (6) der nicht chronifizierten Patienten erhielten Laevomepromazin. Der Unterschied war statistisch signifikant ($p < .10$).
30 % (6) der chronifizierten und 11,1 % (3) der nicht chronifizierten Patienten erhielten Clozapin. Hier war der Unterschied statistisch nicht signifikant, ließ jedoch den Trend erkennen, daß später chronifizierte Patienten häufiger mit Clozapin behandelt wurden (s. Tab. 21 b).

Die Entlassungsmedikation

65 % (13) der später chronifizierten Patienten wurden mit nur einem Medikament entlassen, 30 % (6) erhielten zwei Medikamente, und bei 5 % (1) wurden drei Medikamente verordnet. Bei den nicht chronifizierten Patienten bekamen 74 % (20) ein und 26 % (7) zwei Psychopharmaka.
Die Hälfte der später chronifizierten Patienten wurde mit einer Perazin-Medikation entlassen. Die durchschnittliche Dosis betrug 260 ± 110 mg/die. Von den nicht chronifizierten Patienten wurde ebenfalls ungefähr die Hälfte - 51,9 % - mit Perazin entlassen. Sie erhielten jedoch durchschnittlich eine niedrigere Dosis, nämlich 169 ± 112 mg/die.
Die weiteren Medikamente, die verordnet wurden, waren: Haloperidol, Pimozide, Clozapin, Fluphenazin, Penfluridol. Diese Medikamente kamen in beiden Gruppen vor. Fluspirilene erhielten bei der Entlassung nur die später chronifizierten Patienten.
Es fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede (s. Tab. 21 c).

3.2.3.5.3. "Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß"

Bei der Einschätzung der Symptomatik lag der Mittelwert der später chronifizierten Patienten bei $\bar{x} = 4 \pm 0,5$, der der nicht chronifizierten Patienten bei $\bar{x} = 4 \pm 0,6$, d.h. die Patienten beider Gruppen wurden bei Entlassung als "gut gebessert" beurteilt. Die Durchschnittswerte im Bereich Leistungsfähigkeit lagen in der chronifizierten Gruppe bei $\bar{x} = 3,4 \pm 0,7$ und in der nicht chronifizierten Gruppe bei $3,7 \pm 0,8$, d.h. die chronifizierte Gruppe lag mit ihrem Durchschnittswert eher in Richtung "leicht gebessert", die Vergleichsgruppe lag eher in Richtung "gut gebessert". Die eingeschätzte soziale Situation hatte in der später chronifizierten Gruppe einen Durchschnittswert von $\bar{x} = 2,4 \pm 0,7$, in der nicht chronifizierten Gruppe einen Durchschnittswert von $\bar{x} = 2,7 \pm 1,0$, d.h. auch hier neigte die chronifizierte Gruppe eher zu einer "unveränderten" sozialen Situation im Gegensatz zur nicht chronifizierten Gruppe, die eher in Richtung "leicht gebessert" tendierte. Die Stufe "unverändert", die bei 65 % (13) der chronifizierten und nur bei 38,5 % (10) der nicht chronifizierten Patienten markiert wurde, verfehlte knapp das Signifikanzniveau von 10 % (Chi-Quadrat = 2,625, df = 1, $p < .10$ bei einem kritischen Wert von Chi-Quadrat = 2,706). Bei den später chronifizierten Patienten erreichte die Beurteilung des sozialen Verhaltens einen Durchschnittswert von $\bar{x} = 3,3 \pm = 0,6$, und bei den nicht chronifizierten Patienten lag der Durchschnittswert bei $\bar{x} = 3,5 \mp 0,9$. Das soziale Verhalten wurde bei Entlassung zwischen "leicht" und "gut" gebessert beurteilt, wobei die nicht chronifizierte Gruppe wieder etwas besser abschnitt als die später chronifizierte Gruppe. Bei der Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens der Patienten war der Mittelwert der später chronifizierten Patienten bei $\bar{x} = 3,9 \pm 0,7$, der der nicht

chronifizierten Patienten bei $\bar{x} = 4,1 \pm 0,8$.
Bei allen eingeschätzten Dimensionen schnitten die später nicht chronifizierten Patienten besser ab als die chronifizierten. Diese Unterschiede erreichten zwar keine statistische Signifikanz, die Tendenz ging jedoch einheitlich in eine Richtung (s. Tab. 22).

3.2.3.5.4. Art der Entlassung

Von den später chronifizierten Patienten verließen alle in Absprache mit dem behandelnden Arzt die Klinik. Die nicht chronifizierten Patienten beendeten zu 85,2 % (23) den stationären Aufenthalt in Absprache mit dem Arzt und zu 14,8 % (4) auf eigenen Wunsch.

3.3. Zusammenfassung der wichtigsten Befunde

In der Tabelle 23 sind die Merkmale zusammengestellt, die auf einen ungünstigen Verlauf hinweisen.

3.3.1. Soziodemographische Unterscheidungsmerkmale

Hinsichtlich der soziodemographischen Daten unterschieden sich die später chronifizierten Patienten von den nicht chronifizierten Patienten in folgenden Merkmalen signifikant: Patienten mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf waren bei Indexaufnahme älter, d.h. zwischen 30 und 39 Jahre alt, hatten keine Arbeitsstelle und waren männlichen Geschlechts (s. Tab. 6, 7, 12). Tendenziell trennten folgende Merkmale die beiden Gruppen: Die Patienten, die später chronifizierten, waren überwiegend ledig (70 % gegenüber 48,1 % bei den nicht chronifizierten Patienten) und lebten auffallend weniger in einer Partnerschaft (20 %) als die Patienten, die nicht chronifizierten (40,7 %). Außerdem wurde von den später chronifizierten Patienten häufiger eine Universität bzw. Hochschule besucht (40 %) als von den

nicht chronifizierten Patienten (25,9 %) (s. Tab. 8, 9, 11 a).

3.3.2. Unterscheidungsmerkmale der Krankheitsvorgeschichte

Die hier geprüfte diagnostische Zuordnung war kein Merkmal, das die Gruppen signifikant oder tendenziell voneinander trennte.

3.3.3. Unterscheidungsmerkmale des psychopathologischen und somatischen Befundes

Im apathischen Syndrom unterschieden sich die später chronifizierten Patienten signifikant von den Patienten mit günstigem Krankheitsverlauf; beim depressiven Syndrom waren tendenziell höhere Werte in der chronifizierten Gruppe zu erkennen (s. Abb. 1).
Zwei psychopathologische Merkmale fanden sich bei den Patienten mit ungünstigem Krankheitsverlauf im Aufnahmebefund signifikant häufiger: Das Item Deprimiert und systematisierter Wahn. Das Fehlen einer Wahnstimmung bei den später chronifizierten Patienten trennte die beiden Gruppen ebenfalls signifikant voneinander. Das Item Wahndynamik ließ nur eine Tendenz erkennen: Dieses Item kam deutlich häufiger bei den später chronifizierten Patienten (50 %) vor als bei den Patienten mit günstigem Verlauf (30 %) (s. Tab. 16).
Im körperlichen Befund wurden bei den später chronifizierten Patienten tendenziell weniger Symptome markiert als bei den Patienten mit günstigem Krankheitsverlauf.
Das Item verstärkte Traumtätigkeit kam signifikant häufiger bei den Patienten mit ungünstigem Krankheitsverlauf vor (s. Tab. 18, 19).

3.3.4. Unterscheidungsmerkmale des stationären Verlaufes

Die später chronifizierten männlichen Patienten waren tendenziell kürzer in der Klinik (63,5 ± 25,5 Tage) als die nicht chronifizierten Männer (87,6 ± 55,5 Tage). Die chronifizierten weiblichen Patienten hingegen blieben länger in stationärer Behandlung (79,8 ± 22,2 Tage) als die nicht chronifizierten Patientinnen (54,8 ± 24,1 Tage) (s. Tab. 20).
Einen signifikanten Unterschied ergab die medikamentöse Behandlung mit Laevomepromazin: Keiner der Patienten mit ungünstigem Krankheitsverlauf erhielt dieses Medikament, aber 22,6 % (6) der Patienten mit günstigem Verlauf. Clozapin dagegen wurde den später chronifizierten Patienten (30 %) tendenziell häufiger verordnet als den nicht chronifizierten Patienten 11,1 %). Die Perazin-Dosis der später chronifizierten Patienten (260 ± 110 mg/die) lag schon bei Indexentlassung ungefähr 100 mg/die höher als die der nicht chronifizierten Patienten (169 ± 112 mg/die).
Der Vergleich der Daten zur "Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß" ließ den Trend erkennen, daß die Mittelwerte in den Bereichen Leistungsfähigkeit, soziale Situation, soziales Verhalten und subjektives Wohlbefinden bei den Patienten mit später ungünstigem Krankheitsverlauf schon bei Entlassung etwas schlechter waren als die der Patienten mit günstigem Verlauf. Die soziale Situation wurde bei den später chronifizierten Patienten häufiger als "unverändert" beurteilt als bei den nicht chronifizierten Patienten. Dieser Unterschied verfehlte knapp das 10 %-Signifikanzniveau (s. Tab. 22).

3.4. Ergebnisse zum Verlauf der später chronifizierten Patienten seit Indexentlassung

Der weitere Krankheits- und Sozialverlauf der Patienten war für die Untersucherin besonders interessant und eindrucksvoll. Deshalb sollen im folgenden noch Ergebnisse der Nachuntersuchung referiert werden, die nicht nur zur Operationalisierung des Begriffes "chronifiziert" notwendig waren, sondern auch noch darüber hinausgingen. Außerdem wird der Werdegang der später chronifizierten und nicht chronifizierten Patienten so noch anschaulich dargestellt.

Die bereits im methodischen Teil aufgestellten Kriterien, die erfüllt sein mußten, um das Krankheitsbild als "chronifiziert" zu beurteilen, ließen sieben Kombinationsmöglichkeiten zu. Alle Möglichkeiten kamen vor. Außer dem psychopathologischen Befund, der gegeben sein mußte, wurden die weiteren Kriterien in folgender Verteilung erfüllt:
Bei fünf Patienten (25 %) kam eine soziale Verschlechterung hinzu. Fünf Patienten (25 %) waren insgesamt mehr als zweimal im Krankenhaus oder einmal im letzten Jahr. Ein Patient (5 %) hatte sich zusätzlich noch von seinem Partner getrennt. Bei zwei Patienten (10 %) lagen Krankenhausaufenthalte und Trennung vom Partner vor, und bei drei Patienten (15 %) kamen eine soziale Verschlechterung und Trennung vom Partner bzw. Abnahme aller Kontakte seit Indexentlassung hinzu. Bei einem Patienten lagen noch die Kriterien Krankenhausaufenthalte und soziale Verschlechterung vor. Drei Patienten erfüllten alle möglichen Kriterien.

3.4.1. Die Sozialanamnese

Veränderungen im Zivilstand

Von den vier bei Indexaufnahme verheirateten Patienten wurden zwei in der Zwischenzeit geschieden. Der eine Patient hatte selbst einige Tage vor Indexaufnahme die Scheidung eingereicht, die dann auch weiter aufrechterhalten wurde. Bei dem anderen Patienten hatte sich die Ehefrau kurz nach dem Klinikaufenthalt ihres Mannes scheiden lassen. Bei der Nachuntersuchung waren damit nur noch zwei Patienten (10 %) verheiratet und vier Patienten (20 %) geschieden. Bei den ledigen Patienten hatte sich der Zivilstand nicht verändert. Bei zwei weiteren männlichen Patienten ging die Partnerschaft auseinander, die des einen wurde kurz nach der Indexbehandlung von der Partnerin und die des anderen von dem Patienten selber am letzten Tag seines zweiten stationären Klinikaufenthaltes gelöst. Alle Patienten waren der Ansicht, daß die Trennung durch ihre Krankheit bedingt gewesen sei (s. Tab. 24).

Veränderungen der Wohnsituation

Von den fünf Patienten, die bei Indexaufnahme bei den Eltern lebten, hatte sich bei dreien die Wohnsituation verändert. Ein Patient lebte jetzt allein, eine Patientin wohnte mit dem Verlobten zusammen und ein Patient war nach der damaligen Entlassung in ein Heim gezogen. Ein weiterer Patient lebte seit seiner Scheidung allein und ein Patient, der vor Indexbehandlung allein lebte und nach der Indexentlassung in der Rehabilitations-Klinik Haus Phönix behandelt wurde, ist von dort ebenfalls in ein Heim gezogen (s. Tab. 25).

Häufigkeit der Wohnungswechsel

Die Frage, die im Interview zur Umzugshäufigkeit ge-

stellt wurde, ergab, daß 12 Patienten (60 %) weiterhin in derselben Wohnung wie bei Indexbehandlung lebten. Fünf Patienten (25 %) gaben an, in der Zwischenzeit einmal umgezogen zu sein, und zwei Patienten (10 %) waren zweimal umgezogen. Nur ein Patient war seitdem sogar dreimal umgezogen (s. Tab. 26).

Veränderungen in der schulischen Entwicklung

Eine Patientin, die einen Mittelschulabschluß hatte, gab im Interview an, drei Jahre nach der Indexbehandlung das Fachabitur abgelegt zu haben. Eine weitere Patientin mußte ein Jahr nach der Indexbehandlung die Oberschule abbrechen, die sie zu dieser Zeit noch besuchte. Sie berichtete, früher eine gute Schülerin gewesen zu sein und wegen massiver Konzentrationsstörungen den Anforderungen der Schule nicht mehr gewachsen zu sein.

Veränderungen in der Berufsausbildung

Von den fünf Patienten, die bei Indexaufnahme an der Universität studierten, hatten drei ihr Studium in der Zwischenzeit abgebrochen. Nur ein Patient hatte sein Studium regelrecht beendet, jedoch seine Dissertation nach Indexentlassung abgebrochen. Ein PH-Student wurde zur Zeit der Indexaufnahme exmatrikuliert und führte in der Zwischenzeit keine Berufsausbildung mehr durch. Ein Psychologiestudent brach 1979 sein Studium ab und wurde auch in keinem anderen Beruf ausgebildet. Ein Chemiestudent brach ein Semester nach Indexentlassung sein Studium ab, weil er Prüfungen nicht bestanden hatte und machte anschliessend eine MTA-Ausbildung, die er 1981 auch bestand. Ein Musikstudent brach 1978 sein Studium ab und be-

fand sich seit einigen Monaten am DRK-Institut für Berufliche und Soziale Rehabilitation in einer Gärtnerlehre. Die Patientin, die die Oberschule abgebrochen hatte, wurde zur Zeit der Nachuntersuchung bei der Post angelernt. Ein Patient, der einige Jahre vor Indexaufnahme ein Studium (Betriebswirtschaft) abgeschlossen hatte und zur Zeit der Indexaufnahme schon längere Zeit als Kraftfahrer arbeitete, ließ sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als Verkäufer in einem Reformhaus ausbilden. Die Patientin, die eine Ausbildung als Krankenschwester hatte, studierte seit 1979 an der Fachhochschule für Sozialarbeit.

Berufliche Situation

Einen Überblick dazu gibt Tabelle 27, 28 a.
Bei 12 Patienten (60 %) hatte sich die berufliche Situation seit der Indexentlassung verschlechtert, bei sechs Patienten (30 %) war sie unverändert, bei zwei Patienten (10 %) hatte sie sich verbessert.
In einem ungelernten Beruf waren jetzt zwei Patienten (10 %) tätig: Ein Patient (Taxifahrer) übte dieselbe Tätigkeit wie bei Indexaufnahme aus. Ein weiterer Patient, der sein Studium abgebrochen hatte, arbeitete als Bote in einer Firma. In einem angelernten Beruf arbeiteten zwei Patienten (10 %): Eine Patientin (Bibliotheksangestellte), die diese Tätigkeit auch schon bei Indexaufnahme ausübte und eine weitere Patientin, die nach Abbruch der Schule und einigen anderen Tätigkeiten jetzt bei der Post angelernt wurde.
In einem Lehrberuf waren fünf Patienten (25 %) tätig: Eine Patientin, die bei Indexaufnahme eine leitende Position innehatte (kfm. Angestellte), übte nach ihren Angaben nur noch eine Sachbearbeitertätigkeit in einer anderen Firma aus. Zwei Patienten befanden sich zur Zeit in einer Lehre (Lehrling im Reformhaus und Lehrling in einer Gärtnerei), und zwei Patienten

übten dieselbe Tätigkeit aus wie bei Indexaufnahme (Maler, Gärtner). In einem akademischen Beruf waren zwei Patienten (10 %) tätig, und zwar ein Patient, der diese Arbeit schon bei Indexaufnahme ausgeübt hatte und ein weiterer Patient, der nach Abschluß seines Studiums eine Stellung als Lehrer erhalten hatte. Fünf Patienten (25 %) waren arbeitslos, vier von ihnen bereits länger als ein Jahr. Drei waren auch bei Indexaufnahme arbeitslos, jedoch weniger als ein Jahr, zwei Patienten hatten studiert. Eine Patientin, die bei Indexaufnahme Hausfrau war, studierte jetzt an der Fachhochschule.

Arbeitssituation des letzten Jahres

In Anlehnung an STRAUSS und CARPENTER (1972) wurde die Zeit bestimmt, die der Patient im letzten Jahr berufstätig war. Danach hatten nur zwei Patienten (10 %) das ganze Jahr hindurch gearbeitet. Sieben Patienten (35 %) hatten mehr als sechs Monate im letzten Jahr, fünf Patienten (25 %) weniger als sechs Monate und sechs Patienten (30 %) überhaupt nicht im letzten Jahr gearbeitet (s. Tab. 29 a).

Veränderungen in der sozialen Schichtzugehörigkeit

Bei Indexaufnahme gehörten sieben Patienten (35 %) der Unterschicht an. Fünf weitere Patienten wurden dieser Schicht jetzt zugeordnet, und zwar ein Patient, der jetzt über ein Jahr lang arbeitslos war (bei Indexaufnahme untere Mitelschicht), drei Patienten, die ihr Studium abgebrochen hatten (bei Indexaufnahme Oberschicht) und die Schülerin, die entsprechend dem Beruf der Mutter der unteren Mittelschicht angehörte. Der Patient, der eine Lehre

als Verkäufer begonnen hatte, gehörte bei Nachuntersuchung der unteren Mittelschicht an (bei Indexaufnahme Unterschicht). Die Patientin, die jetzt an der Fachhochschule studierte, wurde jetzt der oberen Mittelschicht zugeordnet (bei Indexaufnahme untere Mittelschicht) (s. Tab. 13).

Arbeitsplatzwechsel

Hier werden alle Patienten mibeinbezogen, die während der Zeit seit Indexentlassung irgendwann einmal in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis gestanden haben. In dieser Gruppe waren es 17 Patienten (ausgenommen drei Rentner). Von ihnen berichteten drei Patienten (17,6 %), daß sie keinmal ihre Arbeit gewechselt hätten. Sieben Patienten (41,2 %) gaben an, einmal den Arbeitsplatz aufgegeben zu haben, und einer hatte zweimal die Stellung gewechselt. Von sechs Patienten (35,2 %) wurde die Arbeit mehr als zweimal gewechselt (s. Tab. 30).

Begründungen für die Kündigungen waren von den Patienten z.B.:
"wollte in Urlaub fahren, selbst gekündigt", -
"es wurde über mich geredet", -
"ich glaubte, es nicht zu schaffen", "ich war zu langsam", -
"habe mich nicht akzeptiert gefühlt"-.

Veränderungen in der Freizeitbeschäftigung

Im Interview wurde den Patienten die Frage gestellt, ob sie ihre früheren Freizeitaktivitäten beibehalten hätten, ob sie diese vermindert hätten oder neue Interessen hinzugekommen seien. Fünf Patienten (25 %) gaben an, nie weitere Aktivitäten gehabt zu haben. Sechs Patienten (30 %) äußerten, daß sie ihre Hobbies weiterbehalten hätten, ein Patient gab an, mehr Interesse als früher zu haben, und acht

Patienten berichteten (40 %), daß ihre Interessen deutlich abgenommen bzw. sie diese ganz aufgegeben hätten (s. Tab. 31).
Begründungen für das geringere Interesse waren z.B.:
"fühle mich so kraftlos",
"mir ist alles so gleichgültig",
"bin antriebslos geworden",
"kann mich so schwer konzentrieren".

Sozialkontakte

In Anlehnung an STRAUSS und CARPENTER (1972) wurde versucht, die sozialen Kontakte des letzten Jahres entsprechend den von den Autoren vorgegebenen Grenzwerten zu quantifizieren. Es ergab sich folgendes Bild: Fünf Patienten (25 %) gaben an, überhaupt keinen Kontakt zu Freunden oder Bekannten mehr zu haben. Drei Patienten (15 %) berichteten, nur auf der Arbeitsstelle oder in der Kneipe Kontakt zu anderen Menschen zu haben, zwei Patienten (10 %) trafen sich etwa einmal im Monat mit Bekannten oder Freunden, fünf Patienten (25 %) taten dies etwa zwei- bis dreimal im Monat, und fünf Patienten (25 %) verabredeten sich etwa einmal in der Woche (s. Tab. 29 b).
Neun Patienten (45 %) gaben an, in der Zwischenzeit neue Bekanntschaften geschlossen zu haben. Diese wurden von drei Patienten im Patientenclub, im "Haus Phönix" und in der Klinik gemacht. 11 Patienten (55 %) gaben an, keine neuen Bekanntschaften gemacht zu haben. Sie äußerten, daß ihre Kontakte insgesamt abgenommen hätten.

3.4.2. Der Krankheitsverlauf

Bei den inzwischen chronifizierten Patienten bereitete die Erhebung der Krankheitsanamnese seit Indexentlassung erhebliche Schwierigkeiten. Die Pa-

tienten konnten sich häufig nicht erinnern, antworteten ungenau oder widersprüchlich. So konnte der somatische Befund (AMP-Beleg 4) nicht ausgewertet werden. Zu den im nachfolgenden aufgeführten Punkten konnten zuverlässige Daten erhoben werden.

Beschwerdefreiheit bei Entlassung

10 Patienten (50 %) gaben an, sich bei Indexentlassung nicht beschwerdefrei gefühlt zu haben, sechs Patienten (30 %) äußerten, keine Beschwerden mehr gehabt zu haben und vier Patienten (20 %) konnten sich nicht mehr erinnern (s. Tab. 32).

Auftreten erneuter Beschwerden

Nur neun Patienten (45 %) konnten dazu Angaben machen. Sieben Patienten meinten, daß ihre Beschwerden, die sie damals in der Klinik hatten, immer mal wieder aufgetreten seien. Zwei Patienten gaben an, daß ihre Beschwerden nie wieder weggegangen seien.

Anzahl der Klinikaufenthalte seit Indexentlassung

Fünf Patienten (25 %) waren inzwischen nicht mehr in stationärer Behandlung gewesen. Sieben Patienten (35 %) waren noch einmal, zwei Patienten (10 %) noch zweimal in stationärer Behandlung gewesen. Bei drei Patienten (15 %) erfolgten noch drei und bei einem Patienten noch mehr als vier Klinikaufenthalte. Zwei Patienten (10 %) befanden sich im Heim (s. Tab. 33).

Aufenthaltsdauer außerhalb der Klinik

In Anlehnung an STRAUSS und CARPENTER (1972) wurde die Zeit bestimmt, die der Patient im letzten Jahr

nicht in stationärer Behandlung war: 10 Patienten (50 %) waren im letzten Jahr überhaupt nicht in der Klinik gewesen, acht weitere Patienten (40 %) waren sechs bis neun Monate außerhalb einer stationären Behandlung, und zwei Patienten (10 %) waren mehr als neun Monate im Jahr vor der Nachuntersuchung nicht in der Klinik gewesen (s. Tab. 29 c).

Nachbetreuung außerhalb der Klinik

Die Frage, wie lange eine ärztliche Nachbetreuung durchgeführt worden sei, wurde folgendermaßen beantwortet: Neun Patienten (45 %) meinten, seit Entlassung in ständiger, regelmäßiger Betreuung zu sein, neun Patienten gaben an, sich seitdem unregelmäßig in ambulanter Behandlung zu befinden. Zwei Patienten befanden sich erst seit ihrem zweiten Klinikaufenthalt in ärztlicher Betreuung. 19 der 20 chronifizierten Patienten wurden in der Zwischenzeit von einem Nervenarzt behandelt, davon fünf Patienten von einem Arzt der Katamnese der Psychiatrischen Klinik der FU-Berlin. Ein Patient ließ sich von einer praktischen Ärztin behandeln. Eine zusätzliche Psychotherapie (Einzelgespräche mit einem Psychologen, Gruppentherapie) wurde bei vier Patienten (20 %) durchgeführt. Fünf Patienten (25 %) waren nach Klinikentlassung vorübergehend im "Haus Phönix" (s. Tab. 32).

Einschätzung der Nachbetreuung

Zu der Frage, welche Art der Nachbetreuung für die Patienten am hilfreichsten gewesen sei, konnten sich 11 Patienten (55 %) nicht äußern. Vier Patienten (20 %) meinten, daß ihnen am ehesten noch die Medikamente geholfen hätten, vier Patienten empfanden Medikamente und Gespräche über ihre Situation

am hilfreichsten, und ein Patient gab an, ausschließlich von Gesprächen profitiert zu haben.

Suizidversuche

Kein Patient hatte im letzten Jahr vor Nachuntersuchung einen Suizidversuch unternommen. Zwei Patienten äußerten allerdings, sehr oft daran zu denken. Weitere zwei Patienten berichteten von einem Suizidversuch 1978.

Einnahme von Medikamenten bei der Nachuntersuchung

Alle 20 Patienten gaben an, zur Zeit der Nachuntersuchung Neuroleptika einzunehmen (s. Tab. 32).

3.4.3. Der psychopathologische Befund bei der Nachuntersuchung

Auf der Syndrom-Ebene erreichte das manische Syndrom den höchsten Durchschnittswert und lag etwas über T = 50. Es folgte das apathische Syndrom mit einem Wert von T = 50. Bei allen anderen Syndromen lagen die Durchschnittswerte unter 50.
Es fanden sich zwei psychopathologische Merkmale, die bei über 50 % der Patienten vorhanden waren, und zwar verminderter Antrieb bei 11 Patienten (61,1 %) und Konzentrationsstörungen bei 10 Patienten (55,6 %). Die Items Deprimiert und Kontaktverminderung wurden noch bei acht Patienten (44,5 %) markiert (s. Abb. 2).

3.5. Ergebnisse zum Verlauf der später nicht chronifizierten Patienten seit Indexentlassung

In dieser Gruppe wurde bei drei Patienten (11,1 %) ausschließlich ein psychopathologischer Befund

bei der Nachuntersuchung erhoben, der die früher gestellte Diagnose einer Schizophrenie ableiten ließ. Bei einem anderen Patienten hatte in der Zwischenzeit lediglich eine soziale Verschlechterung stattgefunden, drei Patienten hatten keine Kontakte mehr außerhalb der Arbeitsstelle, bei einem Patienten lag außer einem stationären Aufenthalt im letzten Jahr eine soziale Verschlechterung vor, und bei einem Patienten bestand ein stationärer Aufenthalt im letzten Jahr und die Scheidung vom Partner nach Indexentlassung. Bei 18 Patienten (66,6 %) war keines der möglichen Kriterien vorhanden.

3.5.1. Die Sozialanamnese

Veränderungen im Zivilstand

Von den bei Indexaufnahme 13 ledigen Patienten hatten zwei männliche Patienten in der Zwischenzeit geheiratet. Beide heirateten drei Jahre nach Indexentlassung. Eine verheiratete Patientin war inzwischen geschieden worden und lebte mit einem anderen Partner zusammen. Sie berichtete, daß es schon vor der Indexbehandlung Schwierigkeiten in der Ehe gegeben habe, die Krankheit für die Trennung dann jedoch ausschlaggebend gewesen sei. Eine bei Indexaufnahme geschiedene Patientin hatte 1981 wieder geheiratet. Sie gab an, einige Tage vor der Hochzeit wahnhaft geworden zu sein. Von einer Patientin war der Ehemann in der Zwischenzeit verstorben. Bei der Nachuntersuchung waren danach noch 11 Patienten (40,7 %) ledig. 10 Patienten (37 %) waren verheiratet, fünf (18,5 %) geschieden und eine Patientin verwitwet (s. Tab. 24).

Veränderungen der Wohnsituation

Von den sechs Patienten (22,2 %), die bei Indexaufnahme bei den Eltern lebten, wohnte nur noch einer dort. Drei Patienten waren seit über einem Jahr von zu Hause ausgezogen und lebten jetzt allein, und zwei Patienten lebten jetzt mit dem Ehepartner zusammen. Bei Nachuntersuchung lebte also nur noch ein Patient bei den Eltern, 13 Patienten (48,2 %) lebten mit dem Partner zusammen, und 10 Patienten (37 %) wohnten allein (s. Tab. 25).

Häufigkeit des Wohnungswechsels

13 Patienten (48,2 %) hatten keinen Wohnungswechsel seit Indexentlassung gehabt. 10 Patienten (37 %) waren einmal umgezogen, zwei Patienten (7,4 %) hatten zweimal die Wohnung gewechselt und zwei Patienten waren mehr als dreimal umgezogen (s. Tab. 26).

Veränderungen der schulischen Entwicklung

Eine Patientin, die bei Indexaufnahme einen Mittelschulabschluß hatte, begann zwei Jahre nach der Indexentlassung an der Volkshochschule ihr Abitur nachzuholen, das sie 1981 ablegte.

Veränderungen in der Berufsausbildung

Von den sechs Patienten, die bei Indexaufnahme studierten, hatten zwei Patienten das Studium inzwischen abgebrochen. Der eine tat dies gleich nach der Indexentlassung, der andere brach sein Studium ein Jahr später ab. Ein Patient hatte in der Zwischenzeit mehrmals den Studiengang gewechselt. Zwei Patienten standen bei Nachuntersuchung kurz vor dem Examen. Eine von ihnen hatte ein halbes Jahr nach Indexentlassung das Studium wiederauf-

genommen, da es ihr bis dahin noch psychisch schlecht ging, die andere nahm erst drei Jahre nach der ersten Klinikentlassung ihr Studium wieder auf, da weitere Krankenhausaufenthalte sie daran gehindert hatten. Eine Patientin hatte einige Monate vor dem Interview ihr Studium beendet und war seitdem als Referendarin an einem Gymnasium tätig. Ein Patient, der kurz vor Indexaufnahme seine Lehre abgebrochen hatte, übte seit einem Jahr eine Anlerntätigkeit bei der AEG aus. Außerdem hatte sich noch eine Krankenschwesterhelferin in Erster Hilfe weitergebildet.

Berufliche Situation

Einen Überblick dazu gibt Tabelle 27 und 28 b.
Bei 22 Patienten (81,5 %) war die berufliche Situation unverändert geblieben. Bei drei Patienten (11,1 %) hatte sie sich verbessert, bei zwei Patienten (7,4 %) verschlechtert.
In einem ungelernten Beruf waren drei Patienten (11,1 %) tätig, die diese Tätigkeit auch schon bei Indexaufnahme ausübten. In einem angelernten Beruf waren drei Patienten tätig, davon zwei, die dieselbe Tätigkeit schon bei Indexaufnahme ausübten. Außerdem arbeitete jetzt ein Patient, der seine Lehre abgebrochen hatte, als Qualitätsprüfer in einer angelernten Tätigkeit. In einem Lehrberuf waren fünf Patienten beschäftigt: Vier von ihnen hatten diese Tätigkeit auch bei Indexaufnahme schon ausgeübt. Hinzu kam ein Patient, der sein Studium (Betriebswirtschaft) abgebrochen hatte und in einem Kaufhaus eine Lehre als Substitut absolviert hatte. In einem Fachschulberuf waren vier Patien-

ten tätig, die diese Arbeit schon bei Indexaufnahme ausübten. In einem Fachhochschulberuf war ein Patient tätig. Er hatte sein Studium abgebrochen und die höhere Beamtenlaufbahn eingeschlagen. Einen akademischen Beruf übten zwei Patienten aus, davon einer schon bei Indexaufnahme, eine weitere Patientin nach Abschluß ihres Studiums. Nur ein Patient, der auch bei Indexaufnahme arbeitslos war, war zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ebenfalls arbeitslos, jedoch länger als ein Jahr. Ein Patient befand sich seit einigen Monaten in Haft. Vier Patientinnen waren Hausfrauen, von denen zwei ihre Berufstätigkeit nach Indexentlassung aufgegeben hatten. Drei Patienten studierten.

Arbeitssituation des letzten Jahres

Die meisten, d.h. 18 Patienten (66,6 %) hatten das ganze Jahr über gearbeitet. Sechs Patienten (22,2 %) hatten mehr als sechs Monate, drei Patienten (11,1 %) überhaupt nicht im letzten Jahr gearbeitet (s. Tab. 29 a).

Veränderungen der sozialen Schichtzugehörigkeit

Zur Zeit der Nachuntersuchung gehörten noch drei weitere Patienten der Unterschicht an. Dabei handelte es sich um den Patienten, der sich in Haft befand und um den über ein Jahr lang arbeitslosen Patienten. Beide gehörten bei Indexaufnahme der unteren Mittelschicht an. Außerdem gehörte der Patient dazu, der seine Lehrstelle abgebrochen hatte. Zwei Hausfrauen wurden nach Aufgabe ihrer Berufstätigkeit entsprechend der Berufe der Ehemänner der unteren Mittelschicht bzw. der oberen

Mittelschicht zugeordnet. Ein Student, der sein Studium abgebrochen hatte, gehörte jetzt der unteren Mittelschicht an (bei Indexaufnahme Oberschicht) (s. Tab. 13).

Arbeitsplatzwechsel

In dieser Gruppe standen 22 Patienten in der Zeit seit Indexentlassung irgendwann einmal in einem Arbeitsverhältnis (ausgenommen zwei Hausfrauen und drei Studenten). Neun Patienten (42,9 %) von ihnen arbeiteten noch an derselben Arbeitsstelle, neun weitere Patienten hatten in der Zwischenzeit einmal ihren Arbeitsplatz gewechselt. Ein Patient hatte zweimal seine Stellung gewechselt, zwei Patienten (9,5 %) hatten mehr als zweimal die Arbeitsstelle aufgegeben (s. Tab. 30).
Begründungen waren:
"Das Geschäft wurde verkauft",
"wollte was anderes machen, mich umschulen lassen",
"glaubte, der Chef liebte mich",
"Schwierigkeiten mit dem Personal gehabt",
"es war nur eine Vertretungsstelle".

Veränderungen in der Freizeitbeschäftigung

18 Patienten (66,6 %) gaben an, ihre Interessen weiter behalten zu haben, sieben Patienten (25,9 %) äußerten, nie Hobbies gehabt zu haben, vier Patienten (14,8 %) berichteten, neue Interessen dazu gewonnen zu haben und fünf Patienten meinten, seitdem eher weniger Interessen oder gar keine zu haben (s. Tab. 31).
Begründungen für weniger Freizeit-Interesse waren z.B.:
"Keine Zeit mehr durch die Arbeit",

"kann mich schlecht allein beschäftigen, muß mit Menschen zusammen sein",
"keine Energie mehr",
"bin jetzt verheiratet".

Sozialkontakte

Auch hier wurde versucht, die sozialen Kontakte der letzten 12 Monate zu quantifizieren. Danach hatten drei Patienten (11,1 %) überhaupt keine Kontakte zu anderen Freunden oder Bekannten mehr, sieben Patienten (25,9 %) trafen sich etwa einmal im Monat mit Freunden oder Bekannten, sieben weitere Patienten taten dies etwa zwei- bis dreimal im Monat, und 10 Patienten (37 %) berichteten von etwa einer Verabredung mit Freunden oder Bekannten in der Woche (s. Tab. 29 b).
15 Patienten (55,6 %) haben seit Indexentlassung neue Kontakte geschlossen. Vier davon haben ihren Ehepartner kennengelernt und drei glaubten, daß sie mehr und bessere Kontakte hätten als in der Zeit vor Indexaufnahme. Kein Patient gab an, Kontakte in psychiatrischen Institutionen geschlossen zu haben. 12 Patienten (44,4 %) hatten keine neuen Bekannten oder Freunde kennengelernt. Einer von ihnen gab an, seit der Indexentlassung weniger Kontakte zu haben.

3.5.2. Der Krankheitsverlauf

Von den nicht chronifizierten Patienten konnten die Fragen zur Krankheitsanamnese überwiegend genauer und klarer beantwortet werden. Aufgrund fehlender Vergleichsmöglichkeit wurde auf die Darstellung der Ergebnisse des somatischen Befundes (AMP-Beleg 4)

der nicht chronifizierten Patienten verzichtet.

Beschwerdefreiheit bei Indexentlassung

13 Patienten (48,1 %) gaben an, sich bei Indexentlassung nicht beschwerdefrei gefühlt zu haben, 10 Patienten (37 %) meinten, sich ganz gesund gefühlt zu haben, und vier Patienten (14,8 %) konnten sich nicht erinnern (s. Tab. 32).

Auftreten erneuter Beschwerden

Im Gegensatz zu den chronifizierten Patienten konnten alle nicht chronifizierten sich dazu äußern: Neun Patienten (33,3 %) berichteten, daß eine Symptomatik wie bei Indexbehandlung nie wieder aufgetreten sei, sieben Patienten (25,9 %) gaben an, daß diese noch einmal aufgetreten sei, und 11 Patienten (40,7 %) berichteten von häufigerem Auftreten der damaligen psychischen Symptomatik.

Anzahl der Klinikaufenthalte seit Indexentlassung

15 Patienten (55,6 %) waren seit Indexentlassung nie wieder in psychiatrischer stationärer Behandlung gewesen. Sieben Patienten (25,9 %) hatten in der Zwischenzeit einen erneuten Klinikaufenthalt und fünf Patienten (18,5 %) zwei weitere stationäre Aufenthalte gehabt (s. Tab. 33).

Aufenthaltsdauer außerhalb der Klinik

25 Patienten (92,6 %) waren im Jahr vor der Nachuntersuchung nicht in stationärer Behandlung gewesen; nur ein Patient war mehr als neun Monate nicht in der Klinik gewesen, und ein Patient war

sechs bis neun Monate nicht in stationärer Behandlung gewesen (s. Tab. 29 c).

Nachbetreuung außerhalb der Klinik

Die Frage der ärztlichen Nachbetreuung wurde ebenfalls von dieser Patientengruppe genauer beantwortet als von den chronifizierten Patienten. Zwei Patienten (7,4 %) gaben an, daß sie nie in ärztlicher Betreuung gewesen seien und sieben Patienten (25,9 %) berichteten, nur eine bestimmte Zeit in Behandlung gewesen zu sein (drei Patienten noch vier Monate nach der Entlassung und vier Patienten noch weitere zwei Jahre). Zwei Patienten gingen erst später in eine ambulante Betreuung (nach einem weiteren stationären Aufenthalt und nach erneutem Auftreten von psychischen Beschwerden). Sechs Patienten (22,2 %) berichteten, seitdem unregelmäßig einen Arzt aufzusuchen und 10 Patienten (37 %) gaben an, seit der Indexentlassung regelmäßig in ärztlicher Betreuung zu sein (s. Tab. 32).
16 Patienten (59,2 %) wurden von einem niedergelassenen Nervenarzt, zwei Patienten von einem Arzt der Katamnese der Psychiatrischen Klinik und drei Patienten von einer praktischen Ärztin behandelt. Fünf Patienten (18,5 %) gaben an, zusätzlich eine psychotherapeutische Behandlung erhalten zu haben. Zwei Patienten wurden nach der stationären Behandlung in der Rehabilitations-Klinik "Haus Phönix" vorübergehend betreut und ein Patient in der Abteilung für Sozialpsychiatrie der FU-Berlin. Ein weiterer Patient wurde in einer therapeutischen Einrichtung (Tagesklinik) in Wedding weiterbetreut.

Einschätzung der Nachbetreuung

Sechs Patienten (22,2 %) äußerten, daß ihnen aus-

schließlich Medikamente geholfen hätten. Sieben Patienten (25,9 %) gaben an, daß nur Gespräche für sie günstig gewesen seien, fünf Patienten (18,5 %) hielten beides für notwendig, und neun Patienten (33,3 %) äußerten sich nicht dazu.

Suizidversuche

Kein Patient gab an, im letzten Jahr oder in den Jahren davor einen Suizidversuch unternommen zu haben. Auch über Suizidgedanken wurde nicht berichtet.

Einnahme von Psychopharmaka zur Zeit der Nachuntersuchung

12 Patienten (44,4 %) nahmen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung Psychopharmaka. Die anderen Patienten waren medikamentenfrei (s. Tab. 32).

3.5.3. Der psychopathologische Befund bei Nachuntersuchung

Bei der Nachuntersuchung lagen die Durchschnittswerte der AMP-Syndrome alle unter T = 50. (S. Abb. 2.) Es fand sich kein einziges AMP-Merkmal, das bei mehr als 50 % der Patienten vorkam. Das Item Kontaktverminderung wurde mit 37 % noch am häufigsten markiert.

4. Diskussion

4.1. Zu methodischen Aspekten der Untersuchung

Art der Studie und Patientengut

Im Rahmen einer retrospektiven Studie ist der Verlauf schizophrener Ersterkrankungen durchschnittlich fünf Jahre nach Klinikentlassung untersucht worden.

Von 101 Patienten, die die Auswahlkriterien erfüllten (s. 2.1., Seite 41), waren 62,4 % Männer und 37,6 % Frauen. Das Geschlechtsverhältnis erklärt sich aus dem Überwiegen von Männerbetten (46) gegenüber Frauenbetten (38) in der Psychiatrischen Klinik der FU - Berlin sowie der kürzeren Aufenthaltsdauer bei Männern auf geschlossenen Stationen (PIETZCKER 1983).

Katamnesezeitraum

Der Katamnesezeitraum mit durchschnittlich fünf Jahren liegt im mittleren Durchschnitt der bisherigen Untersuchungen und entspricht dem Trend von sog. Kurzzeitstudien in den letzten Jahren (STRAUSS und CARPENTER 1979). Eine 5-Jahres-Nachuntersuchung erscheint aufgrund der Ergebnisse von M. BLEULER (1972a) und SCHÜTTLER et al. (1977) sinnvoll. Die Autoren beschreiben vom fünften Jahr der Erkrankung an keine weitere Verschlechterung, sondern eher eine Verbesserung.
Die Nachuntersuchung wurde in der Zeit vom 01.07.1981 bis zum 05.03.1982 durchgeführt. Der Zeitraum von insgesamt acht Monaten ergibt sich durch den hohen Anteil (47,5 %) der "unbekannt verzogenen" Patienten und der langwierigen Ermittlungen ihrer neuen Adressen durch das Einwohnermeldeamt. Außerdem kam bei 34 % (16 Patienten) der Kontakt erst nach dem zweiten Schreiben zustande. An der Nachuntersuchung beteiligten sich

schließlich 47 Patienten (46,5 %).

Die Schwundrate kam folgendermaßen zustande:

17 Patienten (16,8 %) waren inzwischen in Westdeutschland bzw. im Ausland,
4 Patienten (4 %) lehnten die Nachuntersuchung ab,
4 Patienten (4 %) hatten einen Suicid verübt,
29 Patienten (28,7 %) reagierten auf keines der beiden Schreiben.

Im Vergleich mit früheren Arbeiten zum Verlauf schizophrener Erkrankungen ist die Patientenzahl dieser Untersuchung mit N = 47 eher gering. Dies erklärt sich dadurch, daß hier ausschließlich Patienten mit einer Ersterkrankung untersucht wurden, während in der Literatur meistens alle schizophrenen Patienten in die Studien aufgenommen wurden. Trotz ihrer geringen Anzahl können die nachuntersuchten Patienten als repräsentativ für die schizophrenen Ersterkrankungen dieser Klinik zwischen 1976 und 1977 gelten, da sie in den soziodemographischen Daten und der diagnostischen Verteilung mit allen Erstaufnahmen (N = 101) dieses Zeitraumes übereinstimmten.

Operationalisierung von "chronifiziert"

In der vorliegenden Literatur werden Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen unterschiedlich beurteilt; einerseits wird der Ausgang der Erkrankung dichotomisiert in "chronifiziert" - "nicht chronifiziert", andererseits wird er multidimensional, d.h. auf mehreren Ebenen betrachtet.
WÖLLER (1983) sieht bei der Unterteilung chronifiziert versus nicht chronifiziert das Problem der Willkürlichkeit dessen, was als chronifiziert gelten soll. Autoren wie BLAND et al. (1978), GAEBEL et al. (1981), MÖLLER et al. (1982) und STRAUSS und CARPENTER (1972) lehnen eine Einteilung in "günstig" - "ungünstig"

(was für "chronifiziert - nicht chronifiziert" steht) ab, da sich der Verlauf einer schizophrenen Erkrankung psychopathologisch und sozial unterschiedlich darstellt und eine multidimensionale Prognostik erfordert (PIETZCKER 1982). Die Gewinnung brauchbarer Prädiktoren in verschiedenen Lebensbereichen hält PIETZCKER (1980) für notwendig, um therapeutische Interventionen bestimmen zu können.
Zur multidimensionalen Betrachtung wendet CIOMPI (1984) jedoch kritisch ein, daß damit zwar Therapieansätze auf verschiedenen Ebenen angeboten, aber Wechselwirkungen nicht konzeptualisiert werden, "was zu einer rein eklektisch-polypragmatischen Kumulation von Behandlungen aller Art zu führen droht" (CIOMPI 1984).
CIOMPI und MÜLLER (1976) betrachten zwar auch Verlaufsaspekte gesondert, kombinieren aber die verschiedenen Einzelaspekte zu einer gesamthaften Betrachtung des "globalen Gesundheitszustandes".
Desgleichen finden sich in Arbeiten mit multidimensionalem Ansatz (z.B. JONSSON und NYMAN 1984, STRAUSS und CARPENTER 1974, WHO 1979) auch Gesamtbeurteilungen des Verlaufes.
Die vorliegende Arbeit trägt mit der Unterteilung in "chronifiziert - nicht chronifiziert" dem Klinikalltag Rechnung, um mit dem routinemäßig erfaßten AMP-Befund schon bei Aufnahme mögliche Prädiktoren zu erfassen, die auf eine spätere Chronifizierung hinweisen. Damit könnte es gelingen, die Patienten zu identifizieren, die besonders gefährdet sind, eine Chronifizierung der Erkrankung zu erleiden. Je nach Prädiktor müßten dann entsprechende therapeutische Maßnahmen ergriffen werden.
Die Operationalisierung von "chronifiziert"erfolgte - ähnlich wie in der vorliegenden Literatur - durch verschiedene Verlaufskriterien, wobei versucht wurde, sowohl

Quer- als auch Längsschnittaspekte zu erfassen (psychopathologischer Querschnittsbefund der letzten vier Wochen, soziale Funktionsfähigkeit und Klinikaufenthalte seit Indexentlassung). Da die psychopathologische Symptomatik allein nicht den Grad der schizophrenen Erkrankung bestimmt, wurde zur Operationalisierung von "chronifiziert" mindestens ein weiteres Kriterium aus den oben genannten Bereichen herangezogen. Dies korrespondiert auch mit dem von HELMCHEN und MÜLLER-OERLINGHAUSEN (1974) postulierten Therapieziel, nämlich der Fähigkeit zu aktiver Lebensbewältigung und befriedigender Selbstverwirklichung des Patienten. Auch von CIOMPI und MÜLLER (1976) wird gezeigt, daß auf die Dauer doch etwas anderes wesentlicher ist als die Zu- oder Abnahme psychopathologisch klar erfaßter Krankheitszeichen, nämlich die soziale Anpassung. Als Beispiel sei aus der Gruppe der nicht chronifizierten Patienten einer (Nr. 10) genannt, der seinen Beruf voll ausübte, in der Familie lebte, keine Klinikaufenthalte mehr hatte, aber im Interview auffallend psychotisch war und angab, abgehört und verfolgt zu werden, aber im familiären Rahmen darüber nicht mehr zu sprechen. Dieser Patient war also in der Lage, trotz Psychose seine sozialen Beziehuggen aufrecht zu erhalten.

Die soziale (hier = berufliche) Verschlechterung wurde in Anlehnung an das Schichtenmodell von LEHMKUHL et al. (1980) gemessen. Dieses Modell erlaubt durch seine klaren Definitionen eine eindeutige Zuordnung der Patienten zu einer sozialen Schicht und damit eine gute Operationalisierbarkeit. Zur Abbildung eines krankheitsbedingten sozialen Abstiegs mußte es jedoch im Einzelfall modifiziert werden, da weder der Wechsel auf eine rangniedrigere Position im gleichen Beruf registriert wird (z.B. bei einer Patientin - Nr. 8, chronifiziert -, die von einer Position als leitende kaufmännische Angestellte zu einer Sachbe-

arbeiterin im Büro abstieg), noch die Berentung eines Patienten der Unterschicht (z.B. ein Patient, Nr. 3, chronifiziert, der als arbeitsloser Küchenhelfer berentet wurde) berücksichtigt wird.
Die Problematik, einen sozialen Abstieg zu beurteilen, zeigt sich auch am Beispiel der Hausfrauen und Studenten, deren Leistungsdefizite sich anders und in der Regel erst später als bei Berufstätigen auswirken. Die krankheitsbedingten Leistungseinbußen hinsichtlich Verläßlichkeit, Verantwortungsbewußtsein, Urteilsvermögen und Arbeitsvolumen (COLE et al. 1968) können von Hausfrauen und Studenten auch eher verschleiert werden als von Berufstätigen.

Dokumentationsinstrumente

Neben dem klinisch bewährten AMP-System wurde zusätzlich zu diesem Dokumentationssystem ein selbstentworfener Interviewbogen verwandt (s. Anhang 4). Zur besseren Vergleichbarkeit sind bei der Nachuntersuchung trotz zwischenzeitlicher Einführung des AMDP-Systems die AMP-Belege weiterverwendet worden.

Wahl des Signifikanzniveaus

Das relativ niedrige Signifikanzniveau von 10 % wurde deshalb gewählt, weil die vorliegende Untersuchung in Anbetracht des derzeitigen Standes der psychiatrischen Prognoseforschung nur zur Gewinnung von begründeten Hypothesen beitragen kann.

4.2. Die Ergebnisse im Vergleich mit der Literatur

4.2.1. Soziodemographische Daten

Männliches Geschlecht als Prädiktor für eine spätere Chronifizierung wird zwar, wie oben erwähnt, durch die höhere Aufnahmerate von Männern in der Psychiatrischen Klinik der FU - Berlin relativiert, stimmt

aber mit der Literatur überein.
Männliches Geschlecht ist ein Prädiktor für einen ungünstigen Verlauf bei BROWN et al. (1972), VAUGHN und LEFF (1976) und der IPSS (WHO 1979). Von HUBER et al. (1979), JONSSON und NYMAN (1984), MAY und GOLDBERG (1978) und PIETZCKER (1982) wird weibliches Geschlecht als Prädiktor für einen günstigen Verlauf beschrieben. Bis auf die Arbeiten von JONSSON und NYMAN (1984) und der IPSS (WHO 1979) sind die Untersuchungen nur eingeschränkt vergleichbar, da die Autoren den Prädiktor "Geschlecht" nicht in Hinblick auf einen chronifizierten oder nicht chronifizierten Verlauf untersuchten, sondern auf einzelne und unterschiedliche Verlaufskriterien: BROWN et al. (1972) und VAUGHN und LEFF (1976) finden bei unverheirateten Männern eine hohe Rückfallgefahr neun Monate nach Klinikentlassung, und PIETZCKER (1982) sieht im weiblichen Geschlecht einen günstigen Prädiktor für die Verlaufskriterien "keine Wiederaufnahme" und "lebt von eigener Arbeit". Für HUBER et al. (1979) zeigen Frauen eine günstigere soziale Remission, in der psychopathologischen Langzeitprognose unterscheiden sie sich aber nicht von Männern. MAY und GOLDBERG (1978) sehen im weiblichen Geschlecht einen günstigen Prädiktor für das Ansprechen auf Psychopharmaka, gemessen an einer Verminderung der Symptomatik.
Bei einigen Autoren hat denn auch der Geschlechtsfaktor keinen Einfluß auf die Prognose (BLAND et al. 1976, CIOMPI und MÜLLER 1976, STEPHENS et al. 1966).

Bei der Einstufung nach Zehn - Jahresperioden war das Aufnahmealter der später chronifizierten Patienten höher (30 - 39 Jahre) als das der nicht chronifizierten Patienten (20 - 29 Jahre). Dies ist bemerkenswert, da nach allgemein klinischer Erfahrung von einer späteren Chronifizierung eher bei jungen Patien-

ten ausgegangen wird. Der vorliegende Befund wird jedoch auch von anderen Autoren gestützt, so in einer Untersuchung von BLAND et al. (1976): Bei Erstaufnahme hatten die Patienten im Alter von 20 bis 30 Jahren einen nicht chronifizierten Verlauf, während die Patienten im Alter von 30 bis 50 Jahren später chronifizierten. Auch bei CIOMPI und MÜLLER (1976) zeichnen sich Patienten mit einer frühen Erstaufnahme (bis zum 24. Lebensjahr) besonders durch psychopathologisch günstige Verlaufstendenzen aus. Alles in allem spielt das Erkrankungsalter bei ihnen prognostisch keine Rolle. Für BROWN et al. (1966), HUBER et al. (1979), STEPHENS et al. (1966), STRAUSS und CARPENTER (1974) sowie der IPSS (WHO 1979) sind das Ersterkrankungsalter bzw. Erstaufnahmealter kein aussagekräftiges Prognosekriterium. M. BLEULER (1972 a) findet im Hinblick auf die soziale Remission ebenfalls keinen Prädiktor in einem bestimmten Ersterkrankungsalter, jedoch entwickeln die sog. Spätschizophrenien wenn überhaupt, dann eher leichte Defektzustände. Vorwiegend später chronifizierte Verläufe bei Späterkrankungen findet HINTERHUBER (1973), während MASTERSON (1956) auf die spätere Chronifizierung ausgesprochener Früherkrankungen hinweist. MÖLLER et al. (1982) sehen einen günstigen Verlauf bei Ersthospitalisation im höheren Alter.
Die referierten Arbeiten zeigen erhebliche Unterschiede in ihren Aussagen, was teilweise in verschiedenen methodischen Ansätzen gesehen werden kann. Einige Autoren sprechen von "Erkrankungsalter" (HUBER et al. 1979, STEPHENS et al. 1966), ohne dies näher zu definieren, andere von "Erstaufnahme" (BLAND et al. 1976, BROWN et al. 1976), was eindeutig ist. CIOMPI und MÜLLER (1976) haben die Kriterien "Erkrankungsalter" und "Erstaufnahme" in ein und derselben Untersuchung getrennt betrachtet. Sie kommen zu gleichen Ergebnissen, so daß dieser Unter-

schied zwischen den Merkmalen eventuell doch keinen entscheidenden Einfluß auf die prognostische Aussage hat.
CIOMPI und MÜLLER (1976) weisen noch daraufhin, daß der Vergleich mit der Literatur bezüglich dieses Merkmales problematisch sei, da Altersgrenzen bzw. Altersperioden oft willkürlich gesetzt würden.

Ein anderer Prädiktor für Chronifizierung könnte Arbeitslosigkeit sein. Bei Aufnahme waren nämlich statistisch signifikant mehr Patienten, die später chronifizierten, nicht berufstätig. Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen von CIOMPI und MÜLLER (1976), MÖLLER et al. (1982), SIMON und WIRT (1961), STEPHENS et al. (1966) und der IPSS (WHO 1979) überein. SIMON und WIRT und STEPHENS et al. sprechen nicht von Arbeitslosigkeit, sondern von reduziertem Arbeitsleben ("poor work history"), MÖLLER et al. (1982) verwenden den Begriff "Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit", CIOMPI und MÜLLER (1976) sowie die IPSS (WHO 1979) sehen als ungünstiges Zeichen für den weiteren Verlauf, wenn keine "berufliche Aktivität" besteht. Ob diese Begriffe tatsächlich deckungsgleich sind, ist zwar fraglich, dennoch fällt auf, daß Beeinträchtigung im Arbeitsbereich den weiteren Verlauf einer schizophrenen Erkrankung ungünstig beeinflußt. Die Arbeiten von BROWN et al. (1966) und PIETZCKER (1982) sind mit dem Ergebnis dieser Untersuchung nur insofern vergleichbar, als sie die Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf die Prognose differenziert beurteilen. Für BROWN et al. (1966) sprechen eine längere Arbeitslosigkeit zwei Jahre vor Klinikaufnahme für einen ungünstigen Verlauf. Berufstätigkeit ein Jahr vor Aufnahme ist nach PIETZCKER (1982) ein günstiges Prognosekriterium dafür, daß keine erneute Aufnahme erfolgen wird und daß der Patient ein Jahr nach Erkrankung tatsäch-

lich von eigener Arbeit lebt. BLAND et al. (1978) sowie STRAUSS und CARPENTER (1974) sehen in einer längeren Arbeitslosigkeit ein ungünstiges Prognosekriterium für die weitere Arbeitsfähigkeit; über den Gesamtverlauf der Krankheit sagt dieses Merkmal allein aber wenig aus.
Bei alledem zeigt sich die besondere Bedeutung der Arbeitsfähigkeit des Patienten für den weiteren Krankheitsverlauf. So sollte die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Patienten eine therapeutische Priorität genießen. Die Klinikentlassung sollte eher von der Arbeitsplatzsituation als von der vollständigen psychopathologischen Heilung, die im Klinikalltag in der Regel als entscheidendes Entlassungskriterium dient, abhängig gemacht werden.

Von den soziodemographischen Daten ergibt sich als weiterer möglicher Prädiktor der Zivilstand. In der vorliegenden Untersuchung hatten die ledigen Patienten tendenziell einen ungünstigeren Verlauf als die verheirateten. In Übereinstimmung mit diesem Befund sehen auch BLAND et al. (1976), MÖLLER et al. (1982), PIETZCKER (1982), SIMON und WIRT (1961), STEPHENS et al. (1966) und die IPSS (WHO 1979) Verheiratetsein als prognostisch günstig an. HUBER et al. (1979) finden keine Korrelation zur späteren psychopathologischen und sozialen Remission, und CIOMPI und MÜLLER (1976) können bei den Verheirateten nur Anzeichen für eine bessere Anpassungsfähigkeit im Alter finden, messen dem Zivilstand jedoch ebenfalls keine weitere prognostische Bedeutung zu.
Die höhere Ledigenrate der später chronifizierten Patienten läßt sich nicht mit dem Alter bei Aufnahme erklären; das höhere Alter in der chronifizierten Gruppe würde eher einen höheren Anteil verheirateter Patienten erwarten lassen. Auch kann der Anteil an Studenten oder Auszubildenden eine höhere Ledigen-

rate nicht begründen, da er in beiden Gruppen gleich ist. Es stellt sich also die Frage, ob der Zivilstand tatsächlich für den Fortgang der Erkrankung so bedeutend ist oder ob nicht vielmehr die Gründe für das Unverheiratet- bzw. Verheiratetsein auch für den weiteren Verlauf wichtig sind. So sehen GITTELMAN und KLEIN (1968) den Zivilstand nicht als das eigentliche Prognosekriterium an, sondern fassen ihn als Ausdruck der prämorbiden sozialen Anpassung auf. Der Befund, daß die später chronifizierten Patienten häufiger unverheiratet sind als die nicht chronifizierten, ist dann im Sinne von GITTELMAN und KLEIN (1968) als Ausdruck einer prämorbiden sozialen Anpassung anzusehen.

Von den später chronifizierten Patienten lebten bei Aufnahme auch mehr allein als von den nicht chronifizierten, die eher mit ihrem Partner zusammenlebten. Der Anteil der im Elternhaus lebenden Patienten unterschied sich in beiden Gruppen nicht.
Zu diesem Punkt finden sich in der Literatur nur wenige Hinweise (BROWN 1959, SCHOOLER et al. 1967). BROWN (1959) findet eine erhöhte Rückfallgefahr bei Rückkehr der Patienten zu Eltern oder Ehepartnern, eine geringere bei Entlassung in die eigene Wohnung oder zu Geschwistern. Im Gegensatz dazu sehen SCHOOLER et al. (1967) eine günstigere Prognose bei den Patienten, die zum Partner zurückkehren, was mit dem vorliegenden Befund übereinstimmt und eine ungünstigere Prognose bei Rückkehr zu den Eltern. Die IPSS (WHO 1979) gibt soziale Isolation vor Aufnahme als prognostisch ungünstigeres Kriterium an. Sieht man im Alleinwohnen einen Ausdruck von Rückzugstendenzen oder Unfähigkeit zu sozialen Kontakten, weist der vorliegende Befund in die gleiche Richtung, sofern Alleinwohnen nicht als Ausdruck von Selbständigkeit und Emanzipation anzusehen ist. Wegen der mangelnden Kenntnisse der die Wohnsituation beeinflussenden Faktoren, der fehlenden Literatur und des nur tenden-

ziellen Ergebnisses dieser Arbeit kann dieses Merkmal prognostisch nicht verwertet werden.

Von den anamnestischen Daten ist das Ausbildungsniveau möglicherweise noch ein relevantes Prognosekriterium: Von den später chronifizierten Patienten besuchten mehr eine Oberschule und eine Universität bzw. Hochschule als von den nicht chronifizierten Patienten. Viele Autoren fanden, daß ein höheres Ausbildungsniveau bei Beginn der Erkrankung ein günstiges Zeichen für den weiteren Verlauf darstellt (HUBER et al. 1976, JONSSON und NYMAN 1984, PIETZCKER 1982, STEPHENS et al. 1966). Es gibt jedoch auch hier wieder Befunde, die keine Zusammenhänge zwischen diesen beiden Merkmalen fanden (BROWN et al. 1966, CIOMPI und MÜLLER 1976, MÖLLER et al. 1982, SIMON und WIRT 1961, WHO 1979).
Wegen des Widerspruches zur vorliegenden Literatur und der nur schwach ausgeprägten Tendenz kann der vorliegende Befund nicht als Verlaufs-Prädiktor angesehen werden.

4.2.2. Psychopathologische Symptomatik

Die später chronifizierten Patienten unterschieden sich bei Aufnahme im apathischen AMP-Syndrom (s. Anhang 7) statistisch signifikant, im depressiven AMP-Syndrom nur tendenziell von den nicht chronifizierten Patienten. Von MÖLLER et al. (1981, 1982) wird der vorliegende Befund bezüglich des apathischen Syndroms bei Klinikaufnahme bestätigt; von größerer prädiktiver Aussagekraft ist dieses Syndrom für sie jedoch bei Klinikentlassung. Überhaupt kommen sie zu dem Ergebnis, daß die psychopathologischen Syndrome bei Klinikentlassung von wichtigerer prädiktiver Bedeutung sind als bei Klinikaufnahme. Liegt bei Klinikentlassung z.B. noch immer ein depressiv-apathisches Syndrom vor, besteht offenbar eine erhebliche Gefahr, daß die Erkrankung chronifiziert. Danach könnte der Aus-

gang der ersten Klinikbehandlung auch ein besserer Prädiktor als der Zustand bei Klinikaufnahme sein, d.h. das Ergebnis der ersten Klinikbehandlung prädiziert den gesamten weiteren Verlauf.
"Minus-Symptomatik" im Sinne von Apathie und Affektarmut weist auch für MÖLLER et al. in Richtung eines ungünstigen Krankheitsverlaufes sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung. In bezug auf den Aufnahmebefund kommen CIOMPI und MÜLLER (1976), STEPHENS (1970), VAILLANT (1964) und die IPSS (WHO 1979) zu dem gleichen Ergebnis; CARPENTER et al. (1978) sehen von den psychopathologischen Merkmalen nur im eingeschränkten Affekt ein Zeichen für einen ungünstigen Verlauf.

Von den psychopathologischen Einzelmerkmalen her gesehen waren die später chronifizierten Patienten dieser Untersuchung bei Aufnahme statistisch signifikant häufiger deprimiert. Der Befund steht im Gegensatz zur Literatur, die im Vorliegen depressiver Symptomatik bei Krankheitsbeginn überwiegend ein prognostisch günstiges Kriterium für den weiteren Krankheitsverlauf sieht. Als Beispiele seien genannt: JONSSON und NYMAN (1984), LANGFELDT (1956), McCABE (1972) und STEPHENS et al. (1966). CIOMPI und MÜLLER (1976) sehen Zusammenhänge zwischen einer Anfangssymptomatik mit depressiven Zügen und dem günstigeren globalen psychischen Gesundheitszustand im Alter. BLAND et al. (1978) finden in depressiver Anfangssymptomatik einen nur schwachen prognostischen Wert bezüglich des weiteren Verlaufs, während CARPENTER et al. (1978) und WELNER et al. (1977) depressiver Symptomatik keine prädiktive Wertigkeit zuerkennen.

Bei dem Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist vorstellbar, daß im psychopathologischen Befund der später chronifizierten Patienten deshalb mehr depressive Merkmale vom Untersucher markiert wurden, weil de-

pressive Symptome durch das apathische AMP-Syndrom stärker in Erscheinung treten können, während bei den nicht chronifizierten Patienten eine depressive Symptomatik eher durch eine floride Psychose verdeckt werden kann.

Ein weiterer möglicher Prädiktor aus dem psychopathologischen Aufnahmebefund könnte die Wahnsymptomatik darstellen. Die später chronifizierten Patienten hatten statistisch signifikant häufiger einen systematisierten Wahn, häufiger fehlte eine Wahnstimmung, während die Wahndynamik nur tendenziell häufiger vorhanden war. Zur Wahnsymptomatik lassen sich aber mit der durchgesehenen Literatur nur schwer Vergleiche ziehen, da in ihr - außer bei HUBER et al. (1976, 1979) und der IPSS (WHO 1979) - keine Differenzierungen vorgenommen werden. Für LANGFELDT (1956) und MÖLLER (1981) ist das Vorliegen paranoider Symptomatik bei Aufnahme prognostisch ungünstig, für CIOMPI und MÜLLER (1976) dagegen prognostisch günstig. CARPENTER et al. (1978) und STEPHENS (1970) messen einer paranoiden Symptomatik prognostisch keine Bedeutung bei. HUBER et al. (1979) korrelieren 17 sog. Initialsymptome mit der psychopathologischen Langzeitprognose; als prognostisch günstig sehen HUBER et al. wahnhafte Personenverkennungen an. In der IPSS (WHO 1979) wird die Wahnstimmung - im Gegensatz zu dieser Arbeit - als prognostisch ungünstig für die schlechteste Verlaufsgruppe angesehen; offenbar bedeuten unterschiedliche Wahnformen auch unterschiedliches. So ist Verfolgungswahn ein Prädiktor für einen weiteren eher günstigen Verlauf, während das Vorliegen eines sog. phantastischen Wahnes eher eine spätere Chronifizierung anzeigt.

Die Gesamtheit der auf einen chronifizierten Verlauf hinweisenden psychopathologischen Merkmale kann in dem Sinne interpretiert werden, daß sich mit der Minussymptomatik des apathischen AMP-Syndromes, dem Fehlen

einer akuten und lebhaften Anfangssymptomatik - mit nachgewiesenem günstigem Verlauf - und dem systematisierten Wahn bei eher leicht ausgeprägter Wahndynamik und seltener Wahnstimmung ein tiefgreifendes und verfestigtes Krankheitsgeschehen ausdrückt, das dann auch eher chronifiziert. MÖLLER et al. (1981) sehen "apathische Symptomatik bei Entlassung" im wesentlichen als äquivalent für Residualsymptomatik und als Hinweis auf einen defektbildenden Verlauf. Das Persistieren wahnhafter Symptomatik bei Entlassung zeigt eine ungünstige Therapierbarkeit und spricht für Chronifizierungstendenzen der Symptomatik. Da MÖLLER et al. (1981) ihre Prognose auf Entlassungsbefunde stützen, können sie nur als mögliche Entwicklungstendenzen gesehen werden. Einen Hinweis darauf gibt der Durchschnittswert des apathischen AMP-Symdroms bei Aufnahme (s.Abb. 1), der hier nur wenig unter dem für schizophrene Rest- und Defektzustände beschriebenen Wert bei GEBHARDT et al. (1981) liegt.

4.2.3. Stationärer Verlauf

Bei Betrachtung der medikamentösen Therapie ergibt sich als eindrücklichster Befund, daß keiner der später chronifizierten Patienten mit Laevomepromazin behandelt wurde ($p < .10$) und daß die Patienten dieser Gruppe etwas häufiger Clozapin erhielten. Außerdem lag bei ihnen die Entlassungsdosis von Perazin tendenziell höher.
Der Verzicht auf eine Laevomepromazin-Medikation bei den später chronifizierten Patienten kann mit deren häufigerer Minussymptomatik erklärt werden, die weniger eine zusätzliche Sedierung neben der neuroleptischen Medikation erforderte. Der häufigere Einsatz von Clozapin trotz eingeengter Indikationsstellung (HELCMHEN et al. 1975) kann als Ausdruck

der besonderen Schwere der Erkrankung gewertet werden, zumal Clozapin gleich mit Beginn der stationären Behandlung verabreicht wurde. Die Aussagekraft der höheren Entlassungsdosis von Perazin bei den später chronifizierten Patienten wird zwar durch die breite Streuung relativiert, zeigt aber eventuell auch eine noch deutliche medikamentös behandlungsbedüftige Symptomatik. Wenn die höhere Perazin-Entlassungsdosis der später chronifizierten Patienten als Ausdruck einer schlechteren Therapierbarkeit angesehen werden kann, weist dieses Ergebnis auf die Gefahr einer späteren Chronifizierung dieser Patienten hin und korrespondiert mit der prognostischen Bedeutung, die MÖLLER et al. (1981, 1982) dem psychopathologischen Entlassungsbefund beimessen.

In der Literatur finden sich folgende Aussagen zur prognostischen Bedeutung der medikamentösen Dosishöhe: GOLDBERG et al. (1977) finden keine Dosis-Rückfall-Beziehung, MAY et al. (1981) sehen keine Korrelation zwischen Chlorpromazin-Spiegel am letzten Tag der Behandlung und klinischer Verbesserung zu diesem Zeitpunkt. HOGARTY et al. (1976) geben dagegen eine wahrscheinliche Korrelation zwischen der Dosishöhe und dem klinischen Bild in den ersten Monaten nach Klinikentlassung an. Für GAEBEL et al. (1981) und LOHRENGEL und MÜLLER (1982) bedeuten höhere Neuroleptika-Dosis bei Entlassung eine größere Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme, was in die Richtung des hier erhobenen Befundes weist.

Bei Betrachtung der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer ergibt sich kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Gruppen. Die Frauen der später chronifizierten Gruppe sind jedoch länger in der Klinik als die nicht chronifizierten Patientinnen, bei den Männern ergeben sich umgekehrte Verhältnisse (keine statistische Signifikanz). In der Literatur

finden sich zwar Befunde zur Aufenthaltsdauer als Prädiktor für den weiteren Krankheitsverlauf, die aber nicht getrennt nach Geschlechtern dargestellt sind. Es gibt nur Untersuchungen, die auf den insgesamt längeren Klinikaufenthalt bei Frauen hinweisen (BATTEGAY et al. 1977, RUSSO und SOBEL 1981).
Längere stationäre Behandlung sowohl bei Frauen als auch bei Männern weisen für BLAND et al. (1976 und 1978) sowie STRAUSS und CARPENTER (1979) als ungünstiger Prädiktor auf die Gefahr einer späteren Chronifizierung hin. GAEBEL et al. (1981) und die IPSS (WHO 1979) sehen dies nur im Hinblick auf die Symptomatik bei der Nachuntersuchung; BROWN et al. (1961) und PIETZCKER (1982) sehen in einem längeren Klinikaufenthalt einen Prädiktor für eine höhere Wiederaufnahmerate. CIOMPI und MÜLLER (1976) fanden, daß die erste stationäre Behandlung von nicht länger als einem Monat mit einem günstigen, eine Behandlung von länger als einem Jahr mit einem ungünstigen Verlauf korreliert. Zu Recht weist BECKER (1975) auf die Einflüsse äußerer Faktoren auf die Behandlungsdauer hin und nennt u.a. unterschiedliche Behandlungsprogramme und Erwartungshaltungen des therapeutischen Teams an den Patienten und sein Verhalten als Einflußgrößen. So könnte der vorliegende Befund, daß die später chronifizierten Männer kürzer stationär behandelt wurden als die nicht chronifizierten Männer eventuell von derartigen Einflüssen abhängen. Mit der hohen Arbeitslosigkeit und der hohen Ledigenrate in der später chronifizierten Gruppe ist dieser Befund jedenfalls nicht zu vereinbaren. Außerdem steht das Ergebnis im Widerspruch zur Literatur, sofern man es mit der allgemein längeren Klinikbehandlung als Prädiktor für spätere Chronifizierung vergleicht. Daher sollte es prognostisch nicht verwertet werden. Die längere Aufenthaltsdauer der Frauen kann hingegen in Übereinstimmung mit der vorliegenden Literatur als Hinweis auf einen chroni-

fizierten Krankheitsverlauf gewertet werden.

In der sogenannten Erfolgsbeurteilung wurde von den Ärzten in den Bereichen Leistungsfähigkeit, soziale Situation und soziales Verhalten bei den später chronifizierten Patienten eine schlechtere Einschätzung des Behandlungsergebnisses festgestellt. GAEBEL et al. (1981) sehen in einer herabgesetzten Leistungsfähigkeit bei Indexentlassung ein prognostisch ungünstiges Kriterium für die berufliche Integration und weitere berufliche Situation. WIRTZ (1984) fand bei einer gleichartigen Untersuchung wie der vorliegenden bei Patienten mit affektiver Psychose einen dararti-gen Zusammenhang zwischen Behandlungsbeurteilung und weiterem Verlauf der Erkrankung nicht.
Die Gesamtsituation der Patienten bei Entlassung ist offenbar ein wesentlicher Prädiktor für den weiteren Krankheitsverlauf. Si zeigt die vorliegende Untersuchung die Gefahr einer Chronifizierung der Erkrankung bei Patienten, die mit einer höheren Entlassungsmedikation und einer schlechteren Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit und ihrem Sozialverhalten entlassen werden.

4.3. Schlußfolgerungen aus den Ergebnissen

Die Untersuchung hat gezeigt, daß bei schizophrenen Patienten, die später chronifizieren, schon bei Ausbruch der Krankheit (hier bei Erstaufnahme in die Klinik) ein apathisches AMP-Sydrom,eine deprimierte Stimmung, ein systematisierter Wahn sowie das Fehlen von Wahnstimmung vorliegt. Diese charakteristischen Defizite und Gefährdungen später chronifizierter Patienten sollten schon bei Beginn der klinischen Behandlung in einem individuellen Therapiekonzept berücksichtigt werden, um eventuell eine Chronifizierung zu vermeiden. Dabei sollte bei der Minussymptomatik besonderes Gewicht auf eine Aktivierung gelegt und die in-

dividuellen Fähigkeiten durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie gefördert werden. Außerdem sollte mit einer gezielten Neuroleptika-Therapie auch Einfluß auf die Minussymptomatik genommen werden. Da eine höhere Ledigenrate bei den später chronifizierten Patienten als Ausdruck einer sozialen Anpassungsstörung anzusehen ist, sollte Kontaktverhalten und soziale Kompetenz trainiert werden, wozu auch der Aufbau einer tragfähigen Compliance zwischen Patient und Arzt gehört. Dies umso mehr als die höhere Perazin-Entlassungsdosis dieser Patienten als schlechtere Therapierbarkeit zu werten ist, die einer langfristigen ambulanten Behandlung bedarf.
Die häufige Arbeitslosigkeit der später chronifizierten Patienten bei Aufnahme und deren Leistungsdefizite bei Entlassung machen vordringlich die Förderung ihrer Arbeitsfähigkeit während der stationären Behandlung und die Beschaffung eines geeigneten Arbeitsplatzes möglichst vor Klinikentlassung als wichtigen sozialen Stabilisierungsfaktor notwendig.
Bei der insgesamt guten beruflichen Situation der später nicht chronifizierten Patienten sollte eine möglichst rasche soziale Reintegration im Vordergrund stehen, um das soziale Funktionsniveau zu erhalten. Deshalb sollte die stationäre Behandlung möglichst intensiv und kurz sein.

5. Zusammenfassung

Ziel der Untersuchung war die Gewinnung von Prognosekriterien für den Verlauf schizophrener Erkrankungen.

Von den erstmals an einer Schizophrenie erkrankten und 1976/77 an der Psychiatrischen Klinik der FU - Berlin aufgenommenen Patienten, wurden 101 von ihnen nach bestimmten Kriterien ausgewählt, wobei das Hauptkriterium darin bestand, daß alle Patienten erstmals stationär behandelt wurden und die Krankheit insgesamt nicht länger als drei Monate bestand. 47 Patienten davon nahmen an der Nachuntersuchung teil. Sie wurden in eine chronifizierte Gruppe von 20 Patienten und eine nicht chronifizierte Gruppe von 27 Patienten unterteilt. Die Operationalisierung von "Chronifizierung" erfolgte an Hand des katamnestischen Verlaufes von ungefähr 5 Jahren und des psychopathologischen Befundes, der in der Nachuntersuchung erhoben wurde und sich auf die letzten vier Wochen bezog. Anschliessend wurde versucht, Prognosekriterien aus den im AMP-System dokumentierten Aufnahmedaten beider Gruppen zu gewinnen. Merkmale, die beide Gruppen mindestens auf dem 10 %-Niveau signifikant unterschieden, galten als Prädiktor des Verlaufes. Zusätzlich wurde der Krankheits- und Sozialverlauf beider Gruppen seit Indexentlassung dargestellt.
Folgende Merkmale erwiesen sich als Prädiktoren für einen späteren chronifizierten Verlauf: Von den sosiodemographischen Daten waren dies männliches Geschlecht, höheres Alter bei Beginn der Erkrankung (30 bis 39 Jahre) und Berufslosigkeit bei Aufnahme. Aus dem psychopathologischen Befund bei Aufnahme erwiesen sich als prognostisch ungünstig das Vorliegen des apathischen AMP-Syndroms (verlangsamt - einge-

engt - umständlich - affektarm - affektstarr - antriebsarm - kontaktvermindert - Beschäftigung erschwert), die AMP-Merkmale deprimiert, systematisierter Wahn sowie das Fehlen von Wahnstimmung. Der in der Literatur immer wieder beschriebene Tatbestand, daß ledige Patienten stärker gefährdet sind zu chronifizieren, zeigte sich auch in dieser Untersuchung, wenn auch das geforderte Signifikanzniveau verfehlt wurde. Bemerkenswert erscheint außerdem, daß alles in allem die Art der medikamentösen Behandlung während des stationären Aufenthaltes offenbar keinen entscheidenden Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung hat.

Abschließend kann man sagen, daß diese Untersuchung gezeigt hat, daß die Gefahr der Chronifizierung einer schizophrenen Erkrankung besonders groß ist bei Männern zwischen 30 und 40 Jahren, die sich bei Beginn der Erkrankung in einer schlechten beruflichen Situation befinden und deren psychopathologische Symptomatik sich besonders durch Apathie, Depressivität und rasche Systematisierung der Wahnsymptomatik auszeichnet. Eine Konsequenz daraus könnte darin bestehen, daß von Beginn an im Behandlungsplan dieser Patienten die Beseitigung dieser Minussymptomatik eine besondere Bedeutung zukommt, um von vornherein dem Chronifizierungsprozeß entgegenzusteuern.

Literaturverzeichnis:

ACHTÉ, K.A. (1976): On prognosis and rehabilitation in schizophrenia and paranoid psychoses.
Acta psychiat. scand., Suppl. 196

ACKERKNECHT, E.H. (1967): Kurze Geschichte der Psychiatrie.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

ANGST, J., BATTEGAY, R., BENTE, D., CORNU, F., DICK, P., ENGELMEIER, M.P., HEIMANN, H., HEINRICH, K., HIPPIUS, H., POELDINGER, W., SCHMIDLIN, P., SCHMITT, W., WEIS, P., (1967): Über das gemeinsame Vorgehen einer deutschen und schweizerischen Arbeitsgruppe auf dem Gebiet der Psychiatrischen Dokumentation.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 100: 207 - 211

ANGST, J., BATTEGAY, R., BENTE, D., BERNER, P., BROEREN, W., CORNU, F., DICK, P., ENGELMEIER, M.P., HEIMANN, H., HEINRICH, K., HELMCHEN, H., HIPPIUS, H., POELDINGER; W., SCHMIDLIN, P., SCHMITT, W., WEIS, P. (1969): Das Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie.
Arzneim. Forsch. 19: 339 - 405

ASTRACHAN, B.M., HARROW, M., ADLER, D., BRAUER, A., SCHWARTZ, A., SCHWARTZ, C., TUCKER, G. (1972): A checklist for the diagnosis of schizophrenia.
Brit. . Psychiat 121: 529 - 539

ASTRUP, C., NOREIK, K. (1966): Functional psychoses. Diagnostic and prognostic models.
C. Thomas, Springfield/Illinois

BARTKO, J.J., STRAUSS, J.S., CARPENTER, W.T. (1974): An approach to the diagnosis and understanding of schizophrenia: II. Expanded perspectives for describing and comparing schizophrenic patients.
Schizophr. Bull. No. 11: 50 - 60

BATTEGAY, R., BENEDETTI, G., RAUCHFLEISCH, U. (1977): Grundlagen und Methoden der Sozialpsychiatrie.
Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, Zürich

BECKER, R.E. (1975): The effects of clinical treatment conditions on predictors of length of hospital stay.
Dis. Nerv. Syst. 36: 309 - 315

BELLAK, L. (1948): Dementia preacox.
Grune & Stratton, New York

BLAND, R.C., ORN, H. (1979): Schizophrenia - Diagnostic criteria and outcome.
Brit. J. Psychiat. 134: 34 - 38

BLAND, R.C., ORN, H. (1980 a): Prediction of long-term outcome from presenting symptoms in schizophrenia.
J. Clin. Psychiat. 41: 84 - 88

BLAND, R.C., ORN, H. (1980 b): Schizophrenia: Schneider's First - Rank Symptoms and outcome. Brit. J. Psychiat. 137: 63 - 68

BLAND, R.C., PARKER, J.H., ORN, H. (1976): Prognosis in schizophrenia. A ten-year follow-up of first admissions. Arch. Gen. Psychiat. 33: 949 - 954

BLAND, R.C., PARKER, J.H., ORN, H. (1978): Prognosis in schizophrenia, prognostic predictors and outcome. Arch. Gen. 35: 72 - 77

BLEULER, E. (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg, G. (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie. Deuticke, Leipzig.

BLEULER, E. (1966): Lehrbuch der Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

BLEULER, M. (1972 a): Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

BLEULER, M. (1972 b): Die Klinik der schizophrenen Geistesstörungen. In: Kisker, K.P., Meyer, J.E., Müller, M., Strömgren, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/1. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

BORTZ, J. (1979): Lehrbuch der Statistik; für Sozialwissenschaftler. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

BROWN, G.W. (1959): Experiences of discharged chronic schizophrenic patients in various types of living groups. Milbank mem.fd. Quart, 37: 105 - 131

BROWN, G.W., BIRLEY, J.C.T., WING, J.K. (1972): Influence of familiy life on the course of schizophrenic disorders: A replication. Brit. J. Psychiat. 121: 241 - 258

BROWN, G.W., BONE, M., DALISON, B., WING, J.K. (1966): Schizophrenia and social care. Maudsley Monogr. 17, Oxford University Press, London

BROWN, G.W., MONCK, E.M., CARSTAIRS, G.M., WING, J.K. (1962): Influence of family life on the course of schizophrenic illness. Brit. J. soc. Med. 16: 55 - 68

BROWN, G.W., PARKES, C.M., WING, J.K. (1961): Admissions and readmissions to three London Mental Hospitals. J. ment. Sci. 107: 1070 - 1077

CARPENTER, W.T., BARTKO, J.J., STRAUSS, J.S., HAWK, A.B. (1978): Signs and symptoms as predictor of outcome: A report from the International Study of Schizophrenia. Am. J. Psychiat. 135: 940 - 944

CARPENTER; W.T., STRAUSS, J.S., BARTKO, J.J. (1974): An approach to the diagnosis and understanding of schizophrenia: Part I. Use of signs and symptoms for the identification of schizophrenia patients. Schizophr. Bull. No. 11: 37 - 49

CIOMPI, L. (1984): Modellvorstellungen zum Zusammenwirken biologischer und psychosomaler Faktoren in der Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 52: 200 - 206

CIOMPI, L., MÜLLER, C. (1976): Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

COLE, NJ, McDONALD, B.W., BRANCH, H.C.H. (1968): A two year follow-up study of the work performance of former psychiatric patients. Amer. J. Psychiat. 124: 1070 - 1075

COOPER, J.E., KENDELL, R.E., GURLAND, B.J., SHARPE, L., COPELAND, J.R.M., SIMON, R. (1972): Psychiatric diagnosis in New York and London. Maudsley Monogr. 20. Oxford University Press, London

DEGKWITZ, R., HELMCHEN, H., KOCKOTT, G., MOMBOUR, W. (1975): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. ICD 8. Revision. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

DEGKWITZ, R., HELMCHEN, H., KOCKOTT, G., MOMBOUR, W. (1980): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. ICD 9. Revision. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

EITINGER, L., LAANE, C.L., LANGFELDT, G. (1958): The prognostic value of the clinical picture and the therapeutic value of physical treatment in schizophrenia and the schizophreniform states. Acta sychiat. Scand. 33: 33 - 53

FAERGEMAN, P.M. (1963): Psychogenic Psychoses. Butterworth & Co., London

FÄHNDRICH, E., HELMCHEN, H. (1983): From AMP to AMDP. Modern problems. Pharmacopsychiat. 20: 1 - 9

FOWLER, R.C., McCABE, M.S., CADORET, R.J., WINOKUR, G. (1972): The validity of good prognosis schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat. 26: 182 - 185

FREEMAN, T. (1969): Symptomatology, diagnosis and course. In: Bellak, L., Loeb, L. (eds.): The schizophrenic syndrome. Grune & Stratton, New York

GAEBEL, W., PIETZCKER, A., POPPENBERG, A. (1981): Prädiktoren des Verlaufs schizophrener Erkrankungen unter neuroleptischer Langzeitmedikation. Pharmacopsychiat. 14: 180 - 188

GEBHARDT, R., PIETZCKER, A., FREUDENTHAL, K., LANGER, C. (1981): Die Bildung von Syndromen im AMP-System. Arch. Psychiat. Nerv. Krankh. 231: 93 - 109

GIFT, T.E., STRAUSS, J.S., KOKES, R.R., HARDER, D.W., RITZLER, B.A. (1980): Schizophrenia - affect and outcome. Am. J. Psychiat. 137: No. 5, 580 - 584

GITTELMAN-KLEIN, R., KLEIN, D.F. (1968): Marital status as a prognostic indicator in schizophrenia. J. nerv. ment. Dis. 147: 289 - 296

GITTELMAN-KLEIN, R., KLEIN, D.F. (1969): Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia. J. Psychiat. Res. 7: 35 - 53

GOLDBERG, S.C., SCHOOLER, N.R., HOGARTY, G.E., ROPER, M. (1977): Prediction of relapse in schizophrenia outpatients treated by drug and sociotherapy. Arch. Gen. Psychiat. 34: 171 - 184

GROSS, G., HUBER, G., SCHÜTTLER, R. (1971): Verlaufs- und sozial-psychiatrische Erhebungen bei Schizophrenen. Nervenarzt 42: 292 - 299

GROSS, G., HUBER, G., SCHÜTTLER, R. (1973): Verlaufsuntersuchungen bei Schizophrenen. In: Huber, G. (Hrsg.): Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York

HARRIS, J.R., J.G. (1975): An abbreviated form of the Phillips Rating Scale of premorbid adjustment in schizophrenia. J. abnorm. Psychol. 84: 129 - 137

HAWK, A.B., CARPENTER, W.T., STRAUSS, J.S. (1975): Diagnostic criteria and five year outcome in schizophrenia: a report from the International Pilot Study of Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat. 32: 343 - 347

HEIM, E., SCHMID, B. (1972): Chronische Schizophrenie, noch aktuell? Untersuchungen zur Inzidenz, Begriffsbestimmung und Rehabilitation. Soz. psychiat. 7: 17 - 29

HELMCHEN, H. (1980): Multiaxial systems of classification. Types of axes. Acta psychiat. scand. 61: 43 - 55

HELMCHEN, H., HIPPIUS, H., MATUSSEK, N. MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. (1975): Über Blutzellschädigungen durch tricyclische Psychopharmaka. Dtsch. Ärztebl. 43: 2961 - 2964

HELCMHEN, H. MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. (1974): Längsschnittprofile der Wirkungen von Psychopharmaka aus klinisch-methodologischer Sicht. Arzneim. Forsch. 24: 976 - 980

HINTERHUBER, H. (1973): Zur Katamnese der Schizophrenen. Eine klinisch-statistische Untersuchung lebenslanger Verläufe. Fortsch. Neurol. Psychiat. 41: 527 - 558

HIPPIUS, H. (1977): Entwicklung und Bedeutung der Pharmakotherapie der Psychosen. Triangel 16: 177 - 189

HOGARTY, G.E. (1968): Hospital differences in the release of discharge ready chronic schizophrenics. Arch. Gen. Psychiat. 18: 367 - 372

HOGARTY, G.E., ULRICH, R.F., MUSSARE, F., ARTISHGUETA, N. (1976): Drug discontinuation among long term successfully maintained schizophrenic outpatient. Dis. Nerv. Syst. 37: 494 - 500

HOLMBOE, R., ASTRUP, C. (1957): A follow-up study of 225 patients with acute schizophrenia and schizophreniform psychoses. Acta psychiat. scand. 38, Suppl. 115

HUBER, G., GROSS, G., SCHÜTTLER, R. (1975): A Long-term-follow-up study of schizophrenia. Acta psychiat. scand. 52: 49 - 57

HUBER, G., GROSS, G., SCHÜTTLER, R. (1976): Konsequenzen der Verlaufsuntersuchungen für Therapie und Rehabilitation der Schizophrenien. In: Huber, G. (Hrsg.): Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. 3. Weißenauer Schizophrenie Symposium. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York

HUBER, G., GROSS, G., SCHÜTTLER, R. (1979): Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945 - 1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

HUBER, G., GROSS, G., SCHÜTTLER, R. (1980): Langzeituntersuchung schizophrener Erkrankungen ("Bonn-Studie"). In: Schimmelpenning, G.W. (Hrsg.): Psychiatrische Verlaufsforschung. Huber-Verlag, Bern, Stuttgart, Wien

JASPERS, K. (1965): Allgemeine Psychopathologie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

JOHANSON, E. (1958): A study of schizophrenia in the male. A psychiatric and social study based on cases with follow-up. Acta psychiat. scand. 33, Suppl. 125

JOHNSSON, H., NYMAN, A.K. (1984): Prediction of outcome in schizophrenia. Acta psychiat. scand 69: 274 - 291

KENDELL, R.E., BROCKINGTON, J.F., LEFF, J.P. (1979): Prognostic implications of six alternative definitions of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat. 36: 25 - 31

KRAEPELIN, E. (1904): Psychiatrie - Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd II. Verlag Ambrosius Barth, Leipzig.

KRAEPELIN, E. (1921): Psychiatrische Klinik. Bd. III, 4. Aufl. Verlag Barth, Leipzig

LANGFELDT, G. (1937): The prognosis in schizophrenia and the factors influencing the course of disease. Acta psychiat. scand., Suppl. 13

LANGFELDT, G. (1956): The prognosis of schizophrenia. Acta psychiat. scand., Suppl. 110

LANGFELDT, G. (1960): The diagnosis and prognosis of schizophrenia. Proc. roy. Soc. Med. 53: 1047 - 1051

LEHMKUHL, D., FÄHNDRICH, E., KRUCKENBERG, P, PONTZEN, W. (1980): Planungsgrundlagen für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung Charlottenburgs. Werkstattschriften zur Soz. psychiat., Bd. 27. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum

LEONHARD, K. (1972): Aufteilung der endogenen Psychosen in der Forschungsrichtung von Wernicke und Kleist. In: Kisker, K.P., Meyer, J.E., Müller, M., Strömgren, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/1, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

LINDELIUS, R. (1970): A study of schizophrenia. A clinical, prognostic and family investigation. Acta psychiat. scand., Suppl. 216

LOHRENGEL, S., MÜLLER; P. (1982): Katamnesen nach einem weiteren Jahr: Behandlung und Verlauf. In: Müller, P. (Hrsg.): Zur Rezidivprophylaxe schizophrener Psychosen. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

MALAMUD, W., RENDER, N. (1939): Course and prognosis in schizophrenia. Am. J. Psychiat. 95: 1039 - 1057

MASTERSON, J.F. (1956): Prognosis in adolescent disorders. Schizophrenia. J. ment. Dis. 124: 219 - 232

MAYER-GROSS, W. (1932): Die Klinik. In: Bumke, O. (Hrsg.): Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 9, Spez. Teil. Springer-Verlag, Berlin,

MAY, P.R. A., GOLDBERG, S.C. (1978): Prediction of schizophrenic patient's response to pharmacotherapy. In: Lipton, M.A., DiMascio, A., Killam, K.F. (eds): Psychopharmacology: A Generation of Progress. Raven Press, New York

MAY, P.R.A., PUTTEN, v.T., JENDEN, D.J., YALE, C., DIXON, W.J. (1981): Chlorpromazine levels and the outcome of treatment in schizophrenic patients. Arch. Gen. Psychiat. 38: 202 - 207

McGABE, M.S., FOWLER, R.C., CADORET, R.J., WINOKUR, G. (1971): Familial differences in schizophrenia with good and poor prognosis. Psychol. Med. 1: 326 - 332

McCABE, M.S., FOWLER, R.C., CADORET, R.J., WINOKUR, G. (1972): Symptom differences in schizophrenia with good and poor prognosis. Amer. J. Psychiat. 128: 1239 - 1243

MOMBOUR, W. (1972): Verfahren zur Standardisierung des psychopathologischen Befundes. Teil 1 und 2. Psychiat. clin. 5: 73 - 120, 137 - 157

MÖLLER, H.J., ZERSSEN, D.v., WÜSCHNER-STOCKHEIM, M., WERNER-EILERT, K. (1981): Die prognostische Bedeutung psychometrischer Aufnahme- und Entlassungsbefunddaten schizophrener Patienten. Arch. Psychiat. Nerv. Krankh. 231: 13 - 34

MÖLLER, H.J., WERNER-EILERT, K, WÜSCHNER-STOCKHEIM, M., ZERSSEN, D.v. (1982): Relevante Merkmale für die 5 Jahresprognose von Patienten mit schizophrenen und verwandten paranoiden Psychosen. Arch. Psychiat. Nerv. Krankh. 231: 305 - 322

MONCK, E.M. (1963): Employment experiences of 127 discharged schizophrenic men in London. Brit. J. Prev. Med. 17: 101 - 110

NAMECHE, G., WARING, M., RICHS, D. (1964): Early indicators of outcome in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis. 139: 232 - 240

PHILLIPS, L. (1953): Case history data and prognosis in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis. 117: 515 - 525

PIETZCKER, A. (1978): Langzeitmedikation bei schizophrenen Patienten. Nervenarzt 49: 518 - 533

PIETZCKER; A. (1983): Psychiatrische Klassifikation. Empirische Untersuchungen zur psychiatrischen Diagnostik und Klassifikation auf der Grundlage des AMP-Systems. Habilitationsschrift, Freie Universität Berlin

PIETZCKER, A., GAEBEL, W., POPPENBERG, A. (1982): Prognose des Verlaufs nach Klinikentlassung bei schizophrenen Kranken. In: Heinrich, K. (Hrsg.): Der Schizophrene außerhalb der Klinik. 4. Düsseldorfer Symposium vom 16. Mai 1980. Huber, Bern-Stuttgart-Wien

PRENTKY, R.A., LEWINE, R.R.J., WATT, N.F., FYER, J.H. (1980): A longitudinal study of psychiatric outcome: Development variables vs. psychiatric symptoms. Schizophr. Bull. 6: 139 - 148

PRIEN, R.F., COLE, J.O., BELKIN, N.F. (1968): Relapse in chronic schizophrenics following abrupt withdrawel of tranquillizing medication. Brit. J. Psychiat. 115: 679 - 686

RUSSO, N.F., SOBEL, S.B. (1981): Sex differences in the utilization of mental health facilities. Profess. Psychol. 12 (No 1): 7 - 19

SCHARFETTER, C. (1972): Das AMP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

SCHNEIDER, K. (1950): Klinische Psychopathologie. 3. Aufl. Thieme Verlag, Stuttgart

SCHOOLER, N.R., GOLDBERG, S.C., BOOTHE, H., COLE, J.O. (1967): One year after discharge: Community adjustment of schizophrenic patients. Amer. J. Psychiat. 123: 986 - 995

SCHÜTTLER, R., HUBER, G., GROSS, G. (1977): Der Einfluß einiger sozialer Faktoren auf Erkrankungsrisiko und Langzeitentwicklung der Schizophrenien. In: Reimer, F. (Hrsg.): Chronisch psychisch krank - Artefakt oder Krankheit? 8. Weinsberger Colloqium. Thieme-Verlag, Stuttgart.

SIMON, W., WIRT, R.D. (1961): Prognostic factors in schizophrenia. Amer. J. Psychiat. 117: 887 - 890

STEPHENS, J.H. (1970): Long-term courses and prognosis in schizophrenia. Sem. Psychiat. 2: 464 - 485

STEPHENS, J.H. (1978): Long-term prognosis and follow-up in schizophrenia. Schizophr. Bull. 4: 25 - 47

STEPHENS, J.H., ASTRUP, C. (1963): Prognosis in "process" and "non-process" schizophrenia. Am. J. Psychiat. 119: 945 - 952

STEPHENS, J.H., ASTRUP, C. (1965): Treatment outcome in "process" and "non-process" schizophrenics treated by "A" and "B" types of therapists. J. Nerv. Ment. Dis. 140: 449 - 456

STEPHENS, J.H., ASTRUP, C., MANGRUM, J. (1966): Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics. Am. J. Psychiat. 122: 1116 - 1121

STRAUSS, J.S., CARPENTER, W.T. (1972): The predication of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. Arch. Gen. Psychiat. 27: 739 - 746

STRAUSS, J.S., CARPENTER, W.T. (1974): The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationship between predictors and outcome variables: A report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat. 31: 37 - 42

STRAUSS, J.S., CARPENTER, W.T. (1977a): Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. Arch. Gen. Psychiat. 34: 159 - 163

STRAUSS, J.S., CARPENTER, W.T. (1979): The prognosis of schizophrenia. In: Bellak, L. (eds.): Disorders of the schizophrenic syndrome. Basic Books, Inc., Publishers, New York

STRAUSS, J.S., KOKES, R., KLORMAN, R., SACKSTEDER, J. (1977b): Premorbid adjustment in schizophrenia: Concept, measures and implications. Schizophr. Bull. 3: 182 - 244

STRÖMGREN, E. (1961): Recent studies of prognosis and outcome in the mental disorders. In: Hoch, P, Zubin, J. (eds.): Comparative epidemiology of the mental disorders. Grune & Stratton, New York

VAILLANT, G.E. (1962): The prediction of recovery in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis. 135: 534 - 543

VAILLANT, G.E. (1964): Prospective prediction of schizophrenic remission. Arch. Gen. Psychiat. 11: 509 - 518

VAILLANT, G.E. (1978): A 10-year follow-up of remitting schizophrenics. Schizophr. Bull. 1: 78 - 85

VAUGHN, C.E., LEFF, J.P. (1976): The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. Brit. J. Psychiat 129: 125 - 137

WELNER, A., CROUGHAN, J., FISHMAN, R., et al. (1977): The group of schizoaffective and related psychoses: A follow-up study. Compr. Psychiat. 18: 413 - 422

WING, J.K. (1962): Institutionalism in mental hospitals. Brit. J. Soc. Clin. Psychol. 1: 38 - 51

WING, J.K., BIRLAY, J.L., COOPER, J.E., GRAHAM, P., ISAACS, A. (1967): Reliability of a procedure for measuring and classifying current psychiatric state. Brit. J. Psychiat. 113: 499 - 515

WING, J.K., COOPER, J.E., SARTORIUS, N. (1974): The measurement and classification of psychiatric symptoms. University Press, London, Cambridge

WIRTZ, W. (1984): Untersuchung zum Verlauf affektiver Psychosen. Versuch der Gewinnung von Prognose-Kriterien aus dem AMDP-Dokumentationssystem. Inaugural Dissertation, Psychiatrische Klinik der FU Berlin

WÖLLER, W. (1983): Klassifikationen schizophrener Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 51: 295 - 312

WOGGON, B. (1983): Prognose der Psychotherapie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1979): Schizophrenia. An international follow-up study (IPSS). World Health Organization, Geneva. J. Wiley & Sons, Chichester-New York-Brisbane-Toronto

ZERSSEN, D.v. (1976): Die Paranoid-Depressivitäts-Skala. Beltz Test Gesellschaft mbH, Weinheim

STRAUSS u. CARPENTER (1972)	BLAND u. ORN (1978)	IPSS (1979)
1. Zeit, in welcher der Pat. nicht in psychiatrisch-stationärer Behandlung war	1. Psychiatrischer Zustand bei Nachuntersuchung	1. Dauer der Krankheitsepisode.
2. Soziale Kontakte	2. Soziale Einstellung	2. Prozentualer Anteil der psychotischen Zeit während des Nachuntersuchungszeitraumes
3. Dauer der Berufstätigkeit	3. Berufliche Produktivität	3. Psychopathologische Remissionstypen
4. Fehlen von Symptomatik (im letzten Monat)		4. Art der psychotischen Episode
		5. Grad der sozialen Remission

Tab. 1: Kriterien der Verlaufsbeurteilung der verschiedenen Untersucher-Gruppen

Studie	Patienten-zahl	Diagnosen	Erster-krankungen	Art der Studie	Beobach-tungs-zeit	Verlaufskriterien	Verlaufs-ergebnisse
LANGFELDT (1937)	100	"unmistakable schizophrenia"	keine Aussage	retro-spektiv	6-10 Jahre	Symptomatik (vier Gruppen)	21 % geheilt 13 % gebessert 66 % chronifi-ziert
STEPHENS u. ASTRUP (1963)	143	Schizophre-nie, para-noider Zu-stand	+	retro-spektiv	5-13 Jahre	Symptomatik Arbeitsunfä-higkeit Klinikaufent-halt	24 % geheilt 50 % gebessert 66 % chronifi-ziert
VAILLANT	72	Schizophrenie (Bleuler S.)	-	pro-spektiv	10-15 Jahre	Symptomatik Arbeitsfähig-keit Klinikaufent-halt	41 % soziale Remission 59 % chronifi-ziert
	103		-	pro-spektiv	1-2 Jahre		
STEPHENS et al. (1966)	100	Schizophrenie (Leonhard Kl.)	+	retro-spektiv	8-9 Jahre	Symptomatik Klinikaufent-halt (2 Gruppen: "gesund" und "chronifiziert"	-

Tab. 2: Charakteristika der Studien und ihre Ergebnisse

Studie	Patienten-zahl	Diagnosen	Erster-krankungen	Art der Studie	Beobachtungs-zeit	Verlaufskriterien	Verlaufs-ergebnisse
GITTELMANN-Klein (1969)	86	Schizophrenie	keine Aussage	retro-spektiv	2 Jahre	Symptomatik Verhalten (6 Gruppen)	43 % gut gebessert 57 % sehr schlecht
BROWN et al. (1962)	100	Schizophrenie (PSE)	-	retro-spektiv	1 Jahr	Rückfall (= Klinik) kein Rückfall (2 Gruppen)	41 % rückfällig (1962)
BROWN et al. (1972)			-	pro-spektiv	2 Jahre		35 % rückfällig (1972)
BLEULER, M. (1972)	208	Schizophrenie	-	retro-spektiv	ca. 20 Jahre	Symptomatik (4 Gruppen) sozialer Status (11 Gruppen)	d. Erstaufnahmen 27 % Heilung 43 % leichter E. 19 % mittelschwer 15 % schwerste E.
STRAUSS u. CARPENTER (1974)	85	Schizophrenie (DSM II Schneider)	-	pro-spektiv	2 Jahre	multi-dimensional	keine Aussage
CIOMPI u. Müller (1976)	289	Schizophrenie (Bleuler, S.)	-	retro-spektiv	5-50 Jahre	Symptomatik (4 Gruppen) soz. Anpassung	27 % Heilung 22 % leicht 24 % mittelschwer 18 % schwer

Tab. 2: Fortsetzung

Studie	Patienten-zahl	Diagnose	Erster-krankungen	Art der Studie	Beobachtungs-zeit	Verlaufs-kriterien	Verlaufs-ergebnisse
BLAND et al. (1978)	88	Schizophrenie (DSM II)	+	retro-spektiv	10-12 Jahre	multidimensional	53 % geheilt 25 % mittel 22 % schwer
IPSS (WHO 1979)	906	Schizophrenie affekt. Psychose	+	pro-spektiv	2 Jahre	multidimensional	50 % sehr günstig bis günstig 31 % mäßig bis ungünstig 19 % sehr ungünstig
PRENTKY et al. (1980)	141	Schizophrenie Neurosen affekt. Psych. Persönl. Störg.	+	retro-spektiv	6 Jahre	Klinikaufenthalt "global outcome" (nicht definiert)	keine Aussage
GAEBEL et al. (1981)	70	Schizophrenie (ICD)	-	retro-spektiv	Ø 14,3 Jahre	multidimensional	40 % - 60 % günstiger Verlauf

Tab. 2: Fortsetzung

	männl. GESCHLECHT weibl.	Alter b. Erkr.Beg. >45 J. <45 J.	ZIVILSTAND getrennt/verwitw. verheiratet	PRÄMORB. PERS. gut entw. schizoid/gest.	SCHULBILDUNG niedr. IQ hoch/schlecht	BROKEN HOME	SOZ. SCHICHT	SOZ. UMFELD günstig ungünstig	VORBEHANDLUNG	PSYCHIATRISCHE	AKUTER BEGINN	PSYCHOSE-AUSLÖSENDE FAKTOREN	TALISIERUNG LANGE ERSTHOSPI-	HEREDITÄRE BELASTG.
LANGFELDT 1937, 1956				- +				+			+	+		+1
STEPHENS u. ASTRUP 1933				- +							+	+		+1
VAILLANT 1964				-							+	+		+1
STEPHENS et al. 1966	o	o	+	- +	-						+	+		o
GITTELMANN-KLEIN 1969				∞										
BROWN et al. 1962, 1972								-2						
BLEULER, M. 1972				-		♀								o3
HUBER et al. 1976	+	o	o	-	-	-♀	o				+	+		o
CIOMPI u. MÜLLER 1976	o	+	o	-5 +6	o	o					+	+	-7	o
BLAND et al. 1976, 1978	o	+11	+	+6	o						o	o	-	o
PRENTKY et al. 1980				-13		♀ -								
IPSS (WHO 1979)	-	o	- +	-9	-		o	-12	-	+10	o			

1 manisch-depressiv
2 überengagierte feindselige Bezugsperson
3 keine familiäre Schizophrenie
4 "rührende Betreuung"
5 Persönlichkeitsstörungen jeder Art
6 berufliche Anpassung
7 > 1 Monat
8 asoziales Verhalten
9 psychosexuelle Einstellung, Verhaltens- u. Persönlichkeitsstörg.
10 und kurze Dauer bis zur Anfangsbehandlung
11 "jünger" (20 - 30)
12 und soziale Situation
13 bei ♂ Vermeiden der Rollenorientierung

Tab. 3 a: Prädiktiver Wert von Patientenmerkmalen + = Prädiktor für günstigen Verlauf, o = kein prädikiver Wert
kein Eintrag = keine Aussage, - = Prädiktor f. ungünstig. Verlauf

	Vorwiegend paranoide Symptomatik	akustische Halluz., andere Halluzinat.	Depersonalisation/ Derealisation/ Gedank.eingeb./Ausb	Erregbarkeit, katat. Störungen, Stupor	Denkstörungen	Persönlichk.Veränd. (Sexuell/Interessen) sozialer Rückzug	Hebephrene S.	Mutismus Negativismus	Verflachung Affekt inadäquat	manisch depressive Züge	Angst Fehlen v. Aggressiv.	Bewußtseinstörung. Verwirrtheit	organisch psychogener Ursprung
LANGFELDT 1937,56	-		-	-		-			-	+		+	+
STEPHENS u. ASTRUP 1963	-								-	+			+
VAILLANT 1964										+1		+	
STEPHENS et al. 1966										+		+	
GITTELMANN-KLEIN 1969						-							
BLEULER, M. 1972													
HUBER et al. 1976	-	-2	+	+			-			+			
CIOMPI u. MÜLLER 1976	+	+ -	+	+	+					+	+ +		
CARPENTER et al. 1978	o	o	o	o	o		o	o	-3	o	o	o	o
IPSS 5 (WHO 1979)	+ 4		+		-	-	-	+-	-	+	-	+	
BLAND u. ORN (1980)	o	-2	+	o	+			—	-			+	
PRENTKY et al. (1980)		-				3-							- +

1 psychotisch
2 1. Ranges
3 eingeschränkter A.
4 Verfolgungswahn (fantast. W -)
5 wichtige Prädiktoren

Tab. 3 b: Prädiktiver Wert des psychopathologischen Befundes

Verlaufskriterien	Kombinationsmöglichkeiten						
psychopathologischer Befund	+	+	+	+	+	+	+
soziale Verschlechterung	+	+	+	-	+	-	-
Abnahme sozialer Kontakte	+	+	-	+	-	+	-
Klinikaufenthalte	+	-	+	+	-	-	+

Tab. 4: Kombinationsmöglichkeiten der Operationalisierung von chronifiziert

	Gesamtstichprobe (N = 101)		nachuntersuchte Stichprobe (N = 47)	
Alter: $\bar{x}$ Jahre	31,1 ± 8,2		31,8 ± 8,1	
	N	%	N	%
Geschlecht m	63	62,4	29	61,7
Geschlecht w	38	37,6	18	38,3
Zivilstand: ledig	63	62,4	27	57,4
verheiratet	24	23,8	13	27,7
geschieden	14	13,9	7	14,9
Wohnsituation: im Elternhaus	22	21,8	11	23,4
mit Partner	33	32,8	15	31,9
allein	45	44,6	21	44,7
ohne Wohnsitz	1	0,9	-	
Diagnose: ICD Nr.				
295.0	2	2,0	-	
295.1	4	4,0	3	6,4
295.2	3	3,0	-	
295.3	81	80,2	38	80,9
295.4	7	6,9	4	8,5
295.7	4	4,0	2	4,3

Tab. 5: Soziodemographische Daten und diagnostische Verteilung der Gesamtstichprobe und der nachuntersuchten Stichprobe

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten		
	N	%	N	%	
Männer	15	75	14	51,9	+
Frauen	5	25	13	48,1	

+ $p < .10$

Tab. 6: Geschlechterverteilung bei Aufnahme

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten		
Alter: $\bar{x}$ Jahre	32,6 ± 7,5		31,4 ± 8,5		
	N	%	N	%	
10-19 Jahre	2	10	1	3,7	
20-29 Jahre	4	20	12	44,4	++
30-39 Jahre	9	45	8	29,9	
40-49 Jahre	5	25	6	22,2	

++ $p < .05$

Tab. 7: Alter bei Aufnahme

Zivilstand	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
ledig	14	70	13	48,1
verheiratet	4	20	9	33,3
geschieden	2	10	5	18,5

Tab. 8: Zivilstand bei Aufnahme

Wohnsituation	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
im Elternhaus	5	25	6	22,2
mit Partner	4	20	11	40,7
allein	11	55	10	37

Tab. 9: Wohnsituation bei Aufnahme

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
Volksschule	7	35	12	44,4
Mittelschule	4	20	6	22,2
Gymnasium	9	45	9	33,3

Tab. 10: Schulbildung bei Aufnahme

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
keine	2	10	3	11,1
Lehre	7	35	11	40,7
Fachschule	3	15	6	22,2
Hochschule	8	40	7	25,9

Tab. 11 a: Berufsausbildung bei Aufnahme (eingeschlossen der in Ausbildung befindlichen Patienten)

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
ungelernt	6	30	5	18,5
angelernt	1	5	3	11,1
Lehrberuf	5	25	7	25,9
Fachschulberuf	1	5	5	18,5
akademischer Beruf	1	5	1	3,7
Student oder Schüler	6	30	6	22,2

Tab. 11 b: Berufliche Stellung bei bzw. zuletzt vor der Aufnahme

	Berufsausbildung	berufliche Stellung oder Tätigkeit vor Aufnahme	bei Aufnahme
		in ungelerntem Beruf als [1]	
Pat. 1:	Hochschulstudium (BLW) abgeschlossen	Kraftfahrer	arbeitslos
Pat. 2:	Techniker-Fachschule abgeschlossen	Ableser bei der GASAG	arbeitslos
Pat. 3:	ohne Ausbildung	Küchenhilfe	arbeitslos
Pat. 4:	Lehre als Landvermesser abgeschlossen	Fensterputzer	arbeitslos
Pat. 5:	Lehre als Textilkaufmann abgebrochen	Lagerarbeiter	arbeitslos
Pat. 6:	Maschinenbaustudium u. Fachhochschule abgebr.	Taxifahrer	Taxifahrer
		in angelerntem Beruf als: [1]	
Pat. 7:	kaufm. Fachschule abgeschlossen	Bibliotheksangestellte	Bibliotheksangestellte

Tab. 11 c: Berufliche Situation aller chronifizierten Patienten bis zur Aufnahme

1 nach Angaben der Patienten

	Berufsausbildung	berufliche Stellung oder Tätigkeit vor Aufnahme	bei Aufnahme
		im Lehrberuf als:	
Pat. 8:	kaufm. Lehre abgeschlossen	leitende kaufm. Angestellte	Sachbearbeiterin im Büro
Pat. 9:	Lehre als Maler abgeschlossen	Maler	Maler
Pat. 10:	Lehre abgeschlossen	Eisensteller	arbeitslos
Pat. 11:	Lehre als Gärtner abgeschlossen	Verkäufer	arbeitslos
Pat. 12:	Lehre als Verkäufer abgesch.	Verkäufer	arbeitslos
Pat. 13:	Fachschule (Krankenschw.) abgeschlossen	im Fachschulberuf als: Krankenschwester	Hausfrau
Pat. 14:	Studium als Diplom-bau-Ing. abgeschlossen	im akademischen Beruf: Bauingenieur	Bauingenieur

Tab. 11 c: Fortsetzung

	Berufausbildung	berufliche Stellung oder Tätigkeit vor Aufnahme	bei Aufnahme
		Studenten bzw. Schüler:	
Pat. 15:	PH - Studium	weiterhin	exmatrikuliert
Pat. 16:	Psychologie-Studium	weiterhin	weiterhin
Pat. 17:	Chemie-Studium	weiterhin	weiterhin
Pat. 18:	Musik-Studium	weiterhin	weiterhin
Pat. 19:	Politologie-Studium	weiterhin	weiterhin
Pat. 20:	keine	Oberschülerin	weiterhin

Tab. 11 c: Fortsetzung

	Berufsausbildung	berufliche Stellung oder Tätigkeit vor Aufnahme	bei Aufnahme
		in ungelerntem Beruf als:[1]	
Pat. 1:	Handelsschule abgeschlossen	Verkäuferin	Verkäuferin
Pat. 2:	ohne Ausbildung	Hilfsarbeiter (Stadtreinigung)	Hilfsarbeiter (Stadtreinigung)
Pat. 3:	ohne Ausbildung	Kraftfahrer (Stadtreinigung)	Kraftfahrer (Stadtreinigung)
Pat. 4:	Lehre (Werkzeugmacher) abgeschlossen	Imbißverkäufer	Imbißverkäufer
Pat. 5:	Lehre (Industriekfm.) abgeschlossen	Arbeiterin	Hausfrau
		in angelerntem Beruf als:[1]	
Pat. 6:	Lehre (Steuerbeamtin) abgeschlossen	Kontrollarbeiterin (Brillenfirma)	Kontrollarbeiterin (Brillenfirma)
Pat. 7:	Lehre (Friseuse) abgeschlossen	Krankenschwesterhelferin	Krankenschwesterhelferin
Pat. 8:	ohne Ausbildung	Datentypistin	Hausfrau
		im Lehrberuf als:	
Pat.: 9	Lehre (Mechaniker) abgeschlossen	Mechaniker	Mechaniker

Tabelle 11 d: Berufliche Situation aller nicht chronifizierten Patienten bis zur Aufnahme
1 nach Angaben der Patienten

	Berufsausbildung	berufliche Stellung oder Tätigkeit vor Aufnahme	bei Aufnahme
Pat. 10:	Lehre (Feinmechaniker) abgeschlossen	Hausschlosser	Hausschlosser
Pat. 11:	Lehre (Kaufmann) abgeschlossen	Industriekaufmann	Mechaniker
Pat. 12.:	Lehrling (Rohrleger) abgebrochen	Rohrleger-Lehrling	arbeitslos < 1 Jahr
Pat..13:	Lehre (Einzelhandels-kaufmann) abgeschlossen	Verkäufer	arbeitslos < 1 Jahr
Pat. 14:	Lehre (Feinmechaniker) abgeschlossen	Feinmechaniker	arbeitslos < 1 Jahr
Pat. 15:	Lehre (Bankkaufmann) abgeschlossen	Bankkaufmann	Bankkaufmann
Pat. 16:	Techniker-Fachschule abgeschlossen	im Fachschulberuf als: Programmierer	Programmierer
Pat. 17:	Fachschule: Fremdsprachen abgeschlossen	Sekretärin	Sekretärin

Tabelle 11 d: Fortsetzung

	Berufsausbildung	berufliche Stellung oder Tätigkeit vor Aufnahme	bei Aufnahme
Pat. 18:	Fachschule: Krankenschwester abgeschlossen	Krankenschwester	Krankenschwester
Pat. 19:	MTA-Fachschule abgeschl.	MTA	MTA
Pat. 20:	Handelsschule abgeschlossen, Erzieher-Fachschul-Ausbildung	Erzieherin (im Anerkennungsjahr)	Erzieherin
		im akadamischen Beruf als:	
Pat. 21:	Hochschulstudium abgeschlossen	Architektin	Architektin
		Studenten:	
Pat. 22:	Jura-Studium	weiterhin	weiterhin
Pat. 23:	Psychologie-Studium	weiterhin	weiterhin
Pat. 24:	Jura-Studium	weiterhin	weiterhin
Pat. 25:	BWL-Studium	weiterhin	weiterhin
Pat. 26:	Mathematik-Studium	weiterhin	weiterhin
Pat. 27:	Germanistik-Studium	weiterhin	weiterhin

Tab. 11 d: Fortsetzung

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten		
	N	%	N	%	
berufstätig	5	25	16	59,3	+++
arbeitslos	8	40	3	11,1	
Studenten	6	30	6	22,2	
Hausfrauen	1	5	2	7,4	

+++ $p < .01$

Tab. 12: Tätigkeit am Tag der Indexaufnahme

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
Aufnahme Unterschicht	7	35	6	22,2
Nachunters.	11	55	8	29,6
Aufnahme untere Mittelschicht	7	35	12	44,4
Nachunters.	6	30	10	37
Aufnahme obere Mittelschicht	-		2	7,4
Nachunters.	1	5	3	11,1
Aufnahme Oberschicht	6	30	7	25,9
Nachunters.	2	10	6	22,7

Tab. 13: Soziale Schichtzugehörigkeit bei Aufnahme und Nachuntersuchung

Diagnosen	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
ICD Nr. 295.1	2	10	1	3,7
295.3	18	90	20	74
295.4	-		4	14,8
295.7	-		2	7,4
zusätzlich:				
ICD Nr. 304	2	10	1	3,7
310	1	5	-	

Tab. 14: Diagnostische Verteilung bei Aufnahme

AMP-Beleg 3	chronifizierte Patienten (N = 18)	nicht-chronifizierte Patienten (N = 27)
Anzahl der benutzten Items	73	74
Anzahl der Markierungen insgesamt	332 ($\bar{x}$ = 18,4)	465 ($\bar{x}$ = 17,2)
Anzahl der Markierungen beim Ausprägungsgrad:		
"leicht"	140 (42,2 %)	215 (46,2 %)
"mittel"	149 (44,9 %)	224 (48,2 %)
"schwer"	43 (13,0 %)	26 (5,6 %)
durchschnittlicher Ausprägungsgrad	1,7	1,6

Tab. 15: Anzahl der benutzten Items des AMP-Beleges 3, Anzahl der Markierungen und der durchschnittlichen Ausprägungsgrade der AMP-Merkmale

Item-Nr.:	Item	chron. Pat. n = 18		nicht chron. Pat. n = 27		
		n	%	n	%	
103	Kontakt vermindert	14	77,8	17	63	
105	Krankheitsgefühl	12	66,7	15	55,6	
44	Beeinfl.- u. Verfolg.-W.	12	66,7	19	70,4	
11	Konzentrationsstörungen	11	61,1	18	66,7	
37	Wahndynamik	11	61,1	11	40,7	
48	Stimmenhören	11	61,1	15	55,6	
62	Ratlosigkiet	11	61,1	20	73,1	
66	Deprimiert	11	61,1	8	29,6	+
35	Wahnwahrnehmungen	10	55,6	11	40,7	
38	systematisierter Wahn	9	50	5	18,5	+
34	Wahnstimmung	9	50	22	81,5	+++
36	Wahneinfälle	9	50	10	37	
60	sonst. Fremdbeeinflussung	9	50	12	44,4	
68	Ängstlichkeit	9	50	14	51,8	
73	Innere Unruhe	9	50	12	44,4	

____ Items, die bei weniger als 50 % der nicht-chronifizierten Patienten vorlagern.

+ $p < .10$ +++ $p < .01$

Tab. 16: AMP-Merkmale, die bei mindestens 50 % der später chronifizierten Patienten auftraten im Vergleich zu den später nicht chronifizierten Patienten.

AMP - 4	chronifizierte Patienten N = 18	nicht-chronif. Patienten N = 27
Anzahl der benutzten Items	16	23
Anzahl der Markierungen	53 $\bar{x}$ = 3,3	82 $\bar{x}$ = 3,6
Ausprägungsgrad (Anzahl der Markierungen)		
"leicht"	31 (58,5 %)	43 (52,4 %)
"mittel"	15 (28,3 %)	32 (39 %)
"schwer"	7 (13,2 %)	7 (8,5 %)
durchschnittlicher Ausprägungsgrad $\bar{x}$	1,5	1,6

Tab. 17: Anzahl der markierten Items des AMP-Beleges 4, und der durchschnittliche Ausprägungsgrad der AMP-Merkmale

AMP-Bereich	chronifizierte Patienten			nicht-chronifizierte Patienten		
	N	%	Anzahl der Markierungen	N	%	Anzahl der Markierungen
Schlafstörungen	17	94,4	31	22	81,4	40
Appetenzstörungen	11	61,1	12	18	66,6	18
vegetative Symptomatik	7	38,8	9	13	48,1	19
weitere köperliche Symptomatik	1	5,5	1	4	14,8	5

Tab. 18: Häufigkeit der somatischen AMP-Merkmale und Anzahl der Markierungen bei Aufnahme

Items:	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten		
	N	%	N	%	
Einschlafstörungen	11	61,1	16	59,2	
Appetitverminderung	10	55,5	15	55,5	
Durchschlafstörungen	7	38,8	9	33,3	
Verkürzung der Schlafdauer	5	27,7	10	37	
Verstärkte Traumtätigkeit	6	33,3	1	3,7	++
Müdigkeit	2	11,1	4	14,8	
Kopfdruck	2	11,1	4	14,8	
Obstipation	-	-	4	14,8	

++ $p < .05$

Tab. 19: Somatische AMP-Merkmale, die bei mindestens vier der chronifizierten oder nicht-chronifizierten Patienten vorkamen

	chronifizierte Patienten	nicht-chronifizierte Patienten
Liegedauer (T): $\bar{x}$	67,6 ± 25,8 (24 - 115)	71,8 ± 46,3 (25 - 259)
Männer $\bar{x}$	63,5 ± 25,5 (24 - 115)	87,6 ± 55,5 (38 - 259)
Frauen $\bar{x}$	79,8 ± 22,2 (50 - 115)	54,8 ± 24,1 (25 - 115)

Tage:	N	%	N	%
1 - 49	5	25	8	29,6
50 - 99	12	60	14	51,9
100 - 149	3	15	4	14,8
> 149	-		1	3,7

Tab. 20: Liegedauer der Patienten beider Gruppen.

Anzahl der verabreichten Psychopharmaka	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
1	3	15	5	18,5
2	8	40	11	40,7
3	6	30	6	22
4	3	15	3	11,1
5	-		1	3,7
6	-		1	3,7

Tab. 21 a: Anzahl der verabreichten Psychopharmaka während des stationären Aufenthaltes

verabreichte Psychopharmaka:	chronifizierte Patienten		nicht-chronif. Patienten	
	N	%	N	%
Haloperidol (Haldol^{R})	14	70	18	66,7
Pimozide (Orap^{R})	3	15	1	3,7
Perazin (Taxilan^{R})	13	65	20	74,0
Clozapin (Leponex^{R})	6	30	3	11,1
Floropipamind (Dipiperon^{R})	-		3	11,1
Fluphenazin (Lyogen^{R})	1	5	1	3,7
Fluspirilene (Imap^{R})	4	20	1	3,7
Penfluridol (Semap^{R})	5	25	9	33,3
Laevomepromazin (Neurocil^{R})	-		6	22,2 +
Thioridazin (Melleril^{R})	-		3	11,1
Randolectil	-		1	3,7
Dibenzepin (Noveril^{R})	1	5	1	3,7
Amitriptylin (Laroxyl^{R})	2	10	2	4,2
Imipramin (Tofranil^{R})	-		2	4,2

+ $p < .10$

Tab. 21 b: Während des stationären Aufenthaltes verabreichte Psychopharmaka

Entlassungs-Medikation	chronifizierte Patienten		Dosis	nicht-chronifizierte Patienten		Dosis
	N	%	$\bar{x}$ mg	N	%	$\bar{x}$ mg
Haloperidol	1	5	6	2	4,2	7,5
Pimozide (Orap^R)	3	15	6,6	1	3,7	8
Perazin (Taxilan^R)	10	50	260	14	51,8	169
Clozapin$_R$ (Leponex^R)	1	5	25	1	3,7	12,5
Fluphenazin (Lyogen^R)	1	5	4	1	3,7	25
Fluspirilene (Imap^R)	3	15	6,3	-	-	-
Penfluridol (Semap^R)	5	25	26	8	29,6	25
Thioridazin (Melleril^R)	-	-	-	1	3,7	400
Amitriptylin (Laroxyl^R)	1	5	75	-	-	-

Tab. 21 c: Durchschnittliche Entlassungsmedikation

Erfolgsbeurteilung	Symptomatik		Leistungsfähigkeit		soziale Situation		soziales Verhalten		subjektives Wohlbefinden	
	chron.	n.chron.	chron.	n.chron.	chron.	n.chron.	chron.	n.chron.	chron.	n.chron.
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
verschlechtert	-	-	-	-	1 (5)	2 (7,7)	-	-	-	-
unverändert	-	-	2 (10)	1 (3,8)	13 (65)	10(+) (38,5)	1 (5)	3 (11,3)	-	1 (3,8)
leicht gebessert	3 (15%)	5 (19,2)	9 (45)	10 (38,5)	4 (20)	9 (34,6)	12 (60)	11 (42,3)	6 (30)	5 (19,2)
gut gebessert	15 (75)	16 (61,5)	8 (40)	10 (38,5)	2 (10)	4 (15,4)	7 (35)	8 (30,8)	10 (50)	11 (42,3)
voll gebessert	2 (10)	5 (19,2)	1 (5)	5 (19,2)	-	1 (3,8)	-	4 (15,4)	4 (20)	9 (34,6)
Mittelwert $\bar{x}$	$\pm \frac{4,0}{0,5}$	$\pm \frac{4,0}{0,6}$	$\pm \frac{3,4}{0,7}$	$\pm \frac{3,7}{0,8}$	$\pm \frac{2,4}{0,7}$	$\pm \frac{2,7}{1,0}$	$\pm \frac{3,3}{0,6}$	$\pm \frac{3,5}{0,9}$	$\pm \frac{3,9}{0,7}$	$\pm \frac{4,1}{0,8}$
	gut gebessert		leicht gebessert		unverändert		leicht gebessert		leicht/gut gebessert	

(+) $p < .10$ knapp verfehlt

Tab. 22: Erfolgsbeurteilung durch den Arzt bei den später chronifizierten und nicht-chronifizierten Patienten bei Abschluß der stationären Behandlung

Merkmale	Signifikanz (p <.)	Trendfaktoren
Soziodemographische Daten (AMP-Beleg 1):		
männliches Geschlecht	<.10	Zivilstand: ledig
höheres Aufnahmealter	<.05	Wohnsituation: allein
nicht berufstätig	<.01	Berufausbildung: Hochschule
Psychopathologischer Befund (AMP-Beleg 3):		
hohe Werte im apathischen Syndrom	<.10	höhere Werte im depressiven Syndrom
deprimiert	<.10	Wahndynamik
systematisierter Wahn	<.10	
Fehlen von Wahnstimmung	<.01	
Somatischer Befund (AMP-Beleg 4):		
verstärkte Traumtätigkeit	<.05	weniger Markierungen bei vegetativer Symptomatik
Stationärer Verlauf:		
keine Behandlung mit Laevomepromazin	<.10	durchschnittlich kürzerer Klinikaufenthalt bei Männern, längerer Aufenthalt bei Frauen
		Behandlung mit Clozapin
		höhere Entlassungsdosis von Perazin
		schlechtere Einschätzung bei Behandlungsabschluß (Pietzcker 1983)
		soziale Situation "unverändert" (+)

(+) p <.10 knapp verfehlt

Tab. 23: Prädiktoren und Trendfaktoren eines chronifizierten Verlaufes bei schizophrenen Erkrankungen

Zivilstand	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
ledig	14	70	11	40,7
verheiratet	2	10	10	37
geschieden	4	20	5	18,5
verwitwet	-		1	3,7

Tab. 24: Zivilstand bei der Nachuntersuchung

Wohnungssituation	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
im Elternhaus	2	10	1	3,7
mit Partner	4	20	13	48,2
allein	12	60	10	37
im Heim	2	10	-	

Tab. 25: Wohnungssituation bei der Nachuntersuchung

Wohnungswechsel	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
keinmal	12	60	13	48,1
einmal	5	25	10	37
zweimal	2	10	2	7,4
mehr als zweimal	1	5	2	7,4

Tab . 26: Häufigkeit des Wohnungswechsels seit Indexentlassung

Berufliche Stellung	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
ungelernt	2	10	3	11,1
angelernt	2	10	3	11,1
Lehrberuf	5	25	5	18,5
Fachschulberuf	-		4	14,8
Fachhochschulberuf	-		1	3,7
akademischer Befuf	2	10	2	7,4
arbeitslos	5	25	1	3,7
Student	1	5	3	11,1
Hausfrau	-		4	14,8
Rentner	3	15	-	
Haft	-		1	3,7

Tab. 27: Berufliche Stellung zur Zeit der Nachuntersuchung

	Tätigkeiten seit Indexentlassung	bei Nachuntersuchung
Pat. 1:	u.a. Arbeit im Botanischen Garten - Teeverkäufer -	Lehrling (Reformhaus)
Pat. 2:	Hilfsarbeiter (ABM) - Kraftfahrer - Rente -	arbeitslos (> 1 Jahr)
Pat. 3:	keine -	Berentung
Pat. 4:	zeitweise Fensterputzer -	arbeitslos (>1 Jahr)
Pat. 5:	keine -	Rente
Pat. 6:	Taxifahrer -	weiterhin
Pat. 7:	Bibliotheksangestellte -	weiterhin
Pat. 8:	Hausfrau - Kindergarten -	Sachberarbeiterin
Pat. 9:	Maler -	weiterhin
Pat. 10:	Eisensteller -	arbeitslos (>1 Jahr)
Pat. 11:	u.a. Gärtner - arbeitslos -	Gärtner (ABM)
Pat. 12:	keine	Rente
Pat. 13:	Kindergarten - Hausfrau - Schule	Studentin (FHSS)
Pat. 14:	Bau-Ingenieur -	weiterhin
Pat. 15:	u.a. Kindertransporte - Briefsortierer - Bibliothek (ABM) - Studium abgebrochen	Bote
Pat. 16:	Studium abgebrochen - zeitweise Hilfsarbeiter	arbeitslos (>1 Jahr)
Pat. 17:	Studium abgebrochen - MTA-Ausbildung abgeschlossen	arbeitslos (seit 14 Tagen)
Pat. 18:	Studium abgebrochen - arbeitslos	Lehrling (Gärtnerei, DRK-Rehab.)

Tab. 28 a: Berufliche Tätigkeiten der chronifizierten Patienten von Indexentlassung bis zur Nachuntersuchung

	Tätigkeiten	
	seit Indexentlassung	bei Nachuntersuchung
Pat. 19:	Studium abgeschlossen - Interviewer - Wachschutz - Nachhilfelehrer -	Lehrer (Abendschule)
Pat. 20:	Studium abgebrochen - u.a. Graphiker- u. Zahntechniker-Ausbildung abgebrochen	Post (Anlernberuf)

Tab. 28 a: Fortsetzung

	Tätigkeiten seit Indexentlassung	bei Nachuntersuchung
Pat. 1:	Hausfrau - Verkäuferin	Hausfrau
Pat. 2:	Hilfsarbeiter (Stadtreinigung)	weiterhin
Pat. 3:	Kraftfahrer (Stadtreinigung)	weiterhin
Pat. 4:	Sommer: Fruchthof (Küche) - Winter: Imbißverkäufer - arbeitslos	Imbißverkäufer
Pat. 5:	Hausfrau	weiterhin
Pat. 6:	Kontrollarbeiterin - arbeitslos	Prüferin (Siemens)
Pat. 7:	arbeitslos - Krankenschwesterhelferin	Ausbilderin für Erste-Hilfe-Kurse
Pat. 8:	Hausfrau	weiterhin
Pat. 9:	Mechaniker	weiterhin
Pat. 10:	Hausschlosser	weiterhin
Pat. 11:	Industriekaufmann	weiterhin
Pat. 12:	u.a. Reisebegleiter - Lagerarbeiter - Straßenverkäufer	Qualitätsprüfer (AEG)
Pat. 13:	Verkäufer - arbeitslos - Verkäufer	arbeitslos (> 1 Jahr)
Pat. 14:	zeitweise Verkäufer - arbeitslos	keine (in Haft)
Pat. 15:	Bankkaufmann	weiterhin
Pat. 16:	Programmierer	weiterhin

Tab. 28 b: Berufliche Tätigkeiten der nicht-chronifizierten Patienten von Indexentlassung bis zur Nachuntersuchung

	Tätigkeiten seit Indexentlassung	bei Nachuntersuchung
Pat. 17:	Hausfrau	weiterhin
Pat. 18:	Krankenschwester	weiterhin
Pat. 19:	MTA, nebenbei Studienbeginn	weiterhin
Pat. 20:	Erzieherin	weiterhin
Pat. 21:	Architektin	weiterhin
Pat. 22:	Studium abgebrochen - höhere Beamtenlaufbahn	Justizbeamter
Pat. 23:	1/2 Jahr nach Entlassung Studium weitergeführt	weiterhin (Diplomarbeit)
Pat. 24:	Studienfächer häufig gewechselt	Studium Germanistik
Pat. 25:	Studium abgebrochen - Lehre abgeschlossen	Substitut
Pat. 26:	Studium beendet -	Referendar (Gymnasium)
Pat. 27:	3 Jahre nach Entlassung Studium weitergeführt	weiterhin

Tab. 28 b: Fortsetzung

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
nicht stationär 3 Monate	-		-	
nicht stationär 3 - 6 Monate	-		-	
nicht stationär 6 - 9 Monate	8	40	1	3,7
nicht stationär mehr als 9 Monate	2	10	1	3,7
keine stationäre Behandlung	10	50	25	92,6

Tab. 29 a: Aufenthaltsdauer außerhalb der Klinik in den letzten 12 Monaten vor der Nachuntersuchung (nach Strauss u. Carpenter 1972)

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
nicht gearbeitet	6	30	3	11,1
weniger als 6 Monate gearbeitet	5	25	-	
mehr als 6 Monate gearbeitet	7	35	6	22,2
das ganze Jahr gearbeitet	2	10	18	66,6

Tab. 29 b: Arbeitssituation in den letzten 12 Monaten vor der Nachuntersuchung (nach Strauss u. Carpenter 1972)

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
keine Verabredungen	5	25	3	11,1
zufällige Verabredungen	3	15	-	
Verabredungen einmal im Monat	2	10	7	26
Verabredungen zwei- bis dreimal im Monat	5	25	7	26
Verabredungen einmal pro Woche	5	25	10	37

Tab. 29 c: Sozialkontakte in den letzten 12 Monaten vor der Nachuntersuchung (nach Strauss u. Carpenter 1972)

	chronifizierte Patienten (N = 17)		nicht-chronifizierte Patienten (N = 22)	
keinmal	3	17,6	10	45,5
einmal	7	41,2	9	40,9
zweimal	1	5,9	1	4,5
mehr als zweimal	6	35,2	2	9

Tab. 30: Häufigkeit des Arbeitsplatzwechsels seit Indexentlassung

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
unverändert	11	55	18	66,6
abgenommen	8	40	5	18,5
zugenommen	1	5	4	14,8

Tab. 31: Veränderungen der Freizeitbeschäftigung seit Indexentlassung

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	N	%
Beschwerden seit Indexentlassung: ja	6	30	10	37
nein	10	50	13	48
weiß nicht	4	20	4	14,8
ärztliche und/oder sozialtherapeutische Nachbetreuung:				
regelmäßig	9	45	10	37
unregelmäßig	9	45	6	22,2
zeitl. begrenzt	2	10	9	33,3
nie	-		2	7,4
Psychopharmaka bei der Nachuntersuchung:				
ja	20	100	12	44,4
nein	-		15	55,6

Tab. 32: Angaben der Patienten bei der Nachuntersuchung zu Beschwerden bei der Indexentlassung, ärztliche und/oder sozialtherapeutische Nachbetreuung und derzeitige Einnahme von Psychopharmaka

	chronifizierte Patienten		nicht-chronifizierte Patienten	
	N	%	B	%
keiner	5	25	15	55,6
ein	7	35	7	25,9
zwei	2	10	5	18,5
drei	3	15	-	
vier und mehr	1	5	-	
(Heimaufenthalt)	2	5	-	

Tab. 33: Anzahl der Klinikaufenthalte seit Indexentlassung

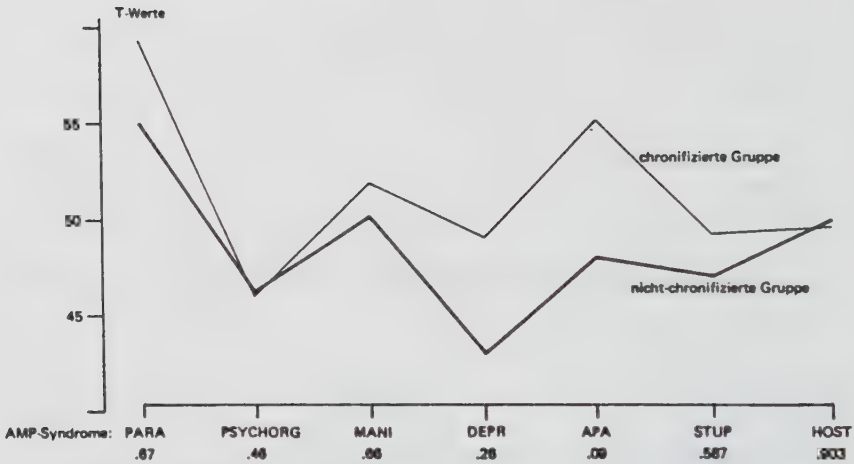


Abb. 1 T-Werte der AMP-Syndrome bei der Aufnahme

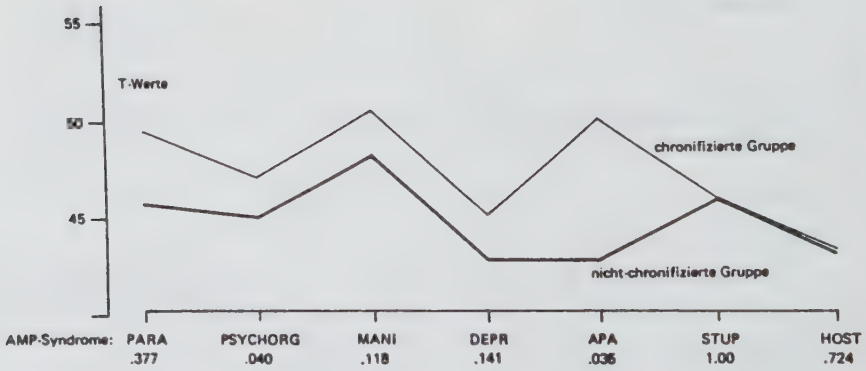


Abb. 2 T-Werte der AMP-Syndrome bei der Nachuntersuchung

Psychiatrie – Allgemeine Anamnese

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

Angaben zur Person

I-Zahl

Klinik

Beob.-Periode

Geb. Tag

Monat

Jahr

Geb. Name

Lfd. Behand.-Nr. in der Beob.-Periode

Psych.

Datum der Untersuchung

Tag

Monat

Jahr

Reserve

Archiv-Nr.

E

Aufnahme veranlaßt durch

Geschwister

Zahl (einschl. Pat. u. Halbgesch.)

Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe

Alter bei der 1. Heirat

Zahl der Kinder

Zivilstand (jetzt)

- ledig
- verheiratet
- getrennt
- geschieden
- verwitwet

Muttersprache

- deutsch
- englisch
- französisch
- italienisch
- spanisch/portugiesisch
- slawisch
- andere europ. Sprache
- außereurop. Sprache

Sprachl. Einordnung

Konfession

- konvertiert
- protestantisch/anglikan.
- katholisch
- gnech.-russ.-orthodox
- and. christl. Religion/Sekten
- jüdisch
- islamisch
- andere

Religiös-weltanschaul. Bindung

Entwicklung (≤18 LJ)

- in Großstadt
- in Kleinstadt
- auf dem Lande
- in wechselnder Umgebung
- in anderer Umgebung

Schulbildung

- Volksschule
- höhere Schule
- Abitur/Matura
- 1 × arzen geblieben
- mehrfach sitzen geblieben
- Schulbesuch <6 Jahre
- Hilfs- u. Sonderschule
- Schule abgeschlossen
- Schule abgebrochen
- in Schulausbildung

Berufsausbildung

- angelernt
- Lehre
- Fachschule
- Hochschule
- andere
- Ausbildung abgeschlossen
- Ausbildung unterbrochen
- Ausbildung abgebrochen
- mehrere Ausbildg. abgebrochen
- in Ausbildung

Berufliche Stellung (jetzt)

- selbständig
- unselbständig
- untergeordnete Stellung
- mittlere Stellung
- gehobene Stellung
- leitende Stellung
- Hausfrau ohne berufl. Tät.
- Hausfrau mit berufl. Tät.
- Ruhestand
- vorzeitiger Ruhestand
- Rentenverfahren läuft
- arbeitslos
- beruflicher Abstieg
- nicht im erlernt. Beruf tätig
- mehrfacher Berufswechsel
- häufiger Stellungswechsel
- Militärdienst

Einstellung zur aktuell. berufl. Situation

Beschäftigungsdauer

- ständig
- zeitweilig
- ... bis vor <1 Monat
- ... bis vor <1 Jahr
- ... bis vor ≥1 Jahr

Soziale Einordnung gestört

- im Bereich: Arbeitsplatz
- Öffentlichkeit
- Wohngemeinschaft

Haushalt wird hauptsächl. finanziert durch

- Patient
- Eltern
- (Ehe-) Partner
- Kinder
- Rente/Pension
- Unterstützung
- andere

Haush. umfaßt Pers.

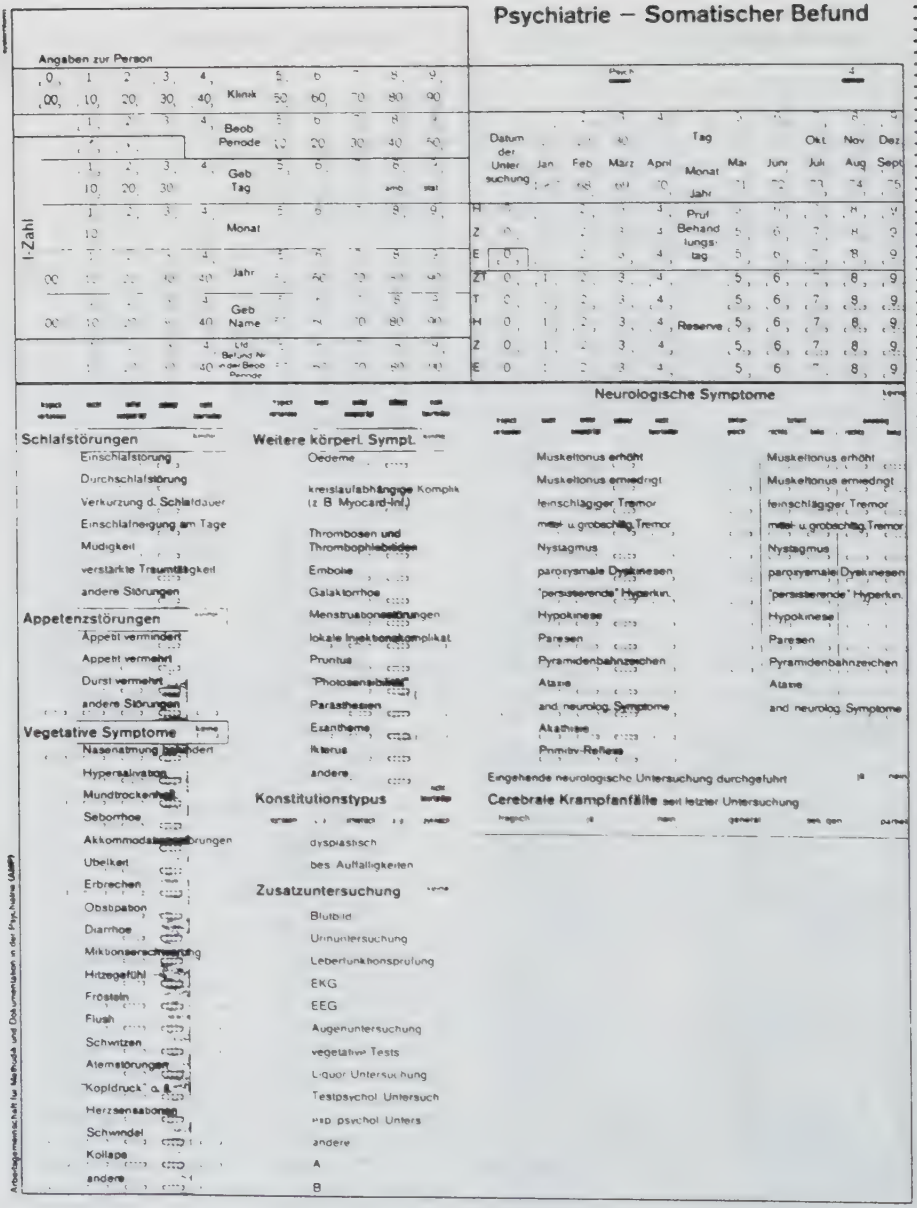
(einschl. Patient)

- Eltern
- (Ehe-) Partner
- Geschwister
- Kinder
- andere

Wohnung

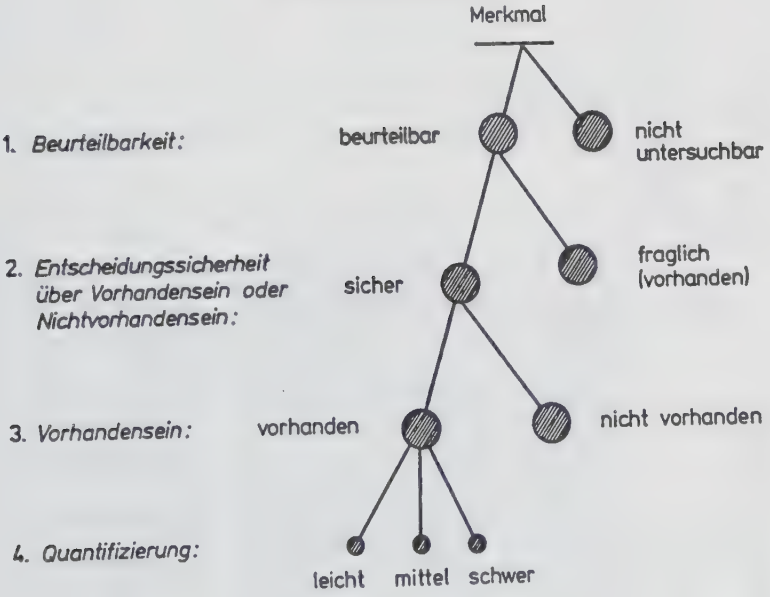
- in Eigentum
- zur Miete/Pacht
- zur Untermiete
- in Einfamilienhaus
- in Mehrfamilienhaus
- in anderen

Psychiatrie – Somatischer Befund



Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

Entscheidungsbaum



Anhang 2

Erfolgsbeurteilung bei Behandlungsabschluß

Name des Patienten

Entl Datum : Arzt. :

Dimensionen der Beurteilung	verschlechtert	ungebessert, unverändert	leicht gebessert	gut gebessert	voll gebessert
1. Symptomatik: Es handelt sich hierbei um eine gefühlsmäßige, intuitive Gesamtbeurteilung über den Behandlungserfolg der Symptome, die während des Aufenthalts überhaupt als angehbar angesehen wurden, bei den in der Klinik zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen.	X	X	X	X	X
2. Leistungsfähigkeit: Hierunter ist die Leistungsfähigkeit in Bezug auf die mögliche Aufnahme bzw. Wiederaufnahme einer Arbeit zu verstehen. Wenn das nicht vorgesehen ist, sind allgemeine Leistungen zu beurteilen, wie z.B. Zeitunglesen, dem Fernsehprogramm folgen können, das Erfüllen alltäglicher Aufgaben, einem Gespräch folgen können.	X	X	X	X	X
3. Soziale Situation: Hier sind objektive Änderungen von äußeren Lebensbedingungen zu beurteilen. Zu denken wäre an: Verbesserung von Wohnverhältnissen, Verbesserung der beruflichen Situation (Befriedigung bei der Arbeit, nicht nur Gelderwerb), Stabilität des Beschäftigungsverhältnisses, geregeltes Einkommen, verbessertes Einkommen, Klärung schwieriger Familienverhältnisse bzw. von Verhältnissen, die entsprechende Bezugspersonen betreffen (Heim, Wohngemeinschaften).	X	X	X	X	X
4. Soziales Verhalten: Hier ist folgendes zu beurteilen: Kontaktfähigkeit, nimmt verbalen Kontakt zu anderen auf, reagiert freundlich zustimmend auf Kontaktaufnahmen durch andere, Abbau von aggressivem Verhalten, Erhöhung der Frustrationstoleranz, positive Berichte über Verhältnisse zu anderen Personen bei Belastungsurlauben.	X	X	X	X	X
5. Subjektives Wohlbefinden des Patienten: Hier muß der Arzt dasjenige niederlegen, was der Patient selbst verbalisiert hat, es kommt nicht auf den Eindruck des Arztes an.	X	X	X	X	X
6. Emotionale Beziehung: Hierunter ist eine gefühlsmäßige Stellungnahme, Sympathie zu verstehen. Bei der emotionalen Beziehung des Patienten zum Arzt muß die vermutete gefühlsmäßige Stellungnahme des Patienten, wie der Arzt sie einschätzt, niedergelegt werden.	vom Pat. zum Arzt: schlecht	neutral	gut		
	vom Arzt zum Pat.: schlecht	neutral	gut		
	Unterschrift d. Arztes:				

Anhang 3

Anamnese der letzten 5 Jahre:

1. Waren Sie bei der Entlassung aus der Klinik beschwerdefrei?

2. a) in remittiertem Zustand: Sind dann psychische Störungen nach der Entlassung wieder aufgetreten, wie häufig?

   b) in nicht remittiertem Zustand: Sind die psychischen Störungen mal weggegangen, wiedergekommen?

3. Wieviel Monate nach Ihrer Entlassung haben Sie wieder einen Rückfall erlitten?

4. Wieviel mal waren Sie seit der Entlassung wieder in der Klinik?

5. Wie lange waren Sie jedesmal oder ungefähr insgesamt dort?

6. Überwiegender Grund der Wiederaufnahme?
   Rezidiv, Nebenwirkg medik. Therapie, soziale Gründe, weiß nicht .

7. Wie lange sind Sie ärztlich nachbehandelt worden?

   gar nicht, bis 6 Wo. nach Entlassg., späterer Abbruch, zeitweise während der Nachuntsz., während der ganzen Zeit, weiß nicht .

8. Wie regelmäßig sind Sie dann gegangen?
   alle 8 - 14 Tage, 1 mal im Monat, 1 mal im Quartal, weiß nicht.

9. Durch wen wurden Sie ärztlich nachbehandelt?

   Hausarzt, Nervenarzt, Psychotherapeut, anderes psych. Krankenhaus, eigene Ambulanz, Phönix, Soz. psych. Abtl., weiß nicht, sonstiges .

10. Haben Sie Medikamente nach Entlassung weiter genommen?
    von da an regelmäßig, zeitweise genommen, aufgehört .

11. Welche Medikamente?

12. Sind Sie nachbetreuut worden?
    AA, sonstige Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstelle, Sozialamt, Bewährungshilfe, Gesundheitsamt .

13. Regelmäßig während der Dauer?

14. Welche Art der Nachbetreuung war am hilfreichsten?
    medikamentos, Gespräche, soz. Nachbetreuung .

15. Haben Sie nach Entlassung Ihre damalige Ausbildung abgebrochen, unterbrochen, beendet?

16. Wie hat sich Ihre berufliche Tätigkeit verändert?
    verschlechtert, gleichwertig, verbessert .

17. Wie oft haben Sie Ihren Arbeitsplatz gewechselt?

18. Aus welchen Gründen?

19. Wie oft waren Sie arbeitslos?

20. Haben Sie überwiegend ganztags, halbtags oder weniger gearbeitet?

21. Sind Sie in den Jahren berentet worden bzw. haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

22. Wer finanzierte in der überwiegenden Zeit Ihren Lebensunterhalt?

    selbst, Eltern, sonstige Angehörige, Arbeitslosenunterstützung, Krankengeld, Sozialhilfe, Rente .

23. Hat sich Ihr Familienstand nach Entlassung verändert?
    geheiratet, getrennt, geschieden, verwitwet ..

24. Haben Sie neue Bekanntschaften geschlossen?

25. Haben Sie Ihre früheren Aktivitäten (Verein etc.) verändert?
    beibehalten, vermindert, aufgegeben .

26. Stabilität der Wohnsituation

    noch in der Wohnung, in die entlassen, Wohnungswechsel:
    gleich gut, besser, schlechter .

27. Wie häufig die Wohnung gewechselt?

28. Haben Sie noch Kinder bekommen?

Spezielle Anamnese des letzten Jahres:

1. Wie wohnen Sie z. Zt.?
   mit Partner, Eltern, anderen Angehörigen, allein, Untermiete, Heim?

2. Sind Sie auf Hilfe angewiesen, um alltägliche Arbeiten zu verrichten? (einkaufen, saubermachen)

3. Strauss-Skala

   Soziale Kontakte:

   trifft sich mit Freunden mindestens einmal die Woche,
   " " " " " 2 - 3 mal im Monat,
   " " " " " etwa 1 mal im Monat alle Bekannten eingesch.,
   trifft sich nicht mit Freunden, außer im Hausflur, bei Arbeit, Schule,
   trifft sich mit Freunden unter keinen Umständen.

4. Haben Sie im letzten Jahr unter Vormundschaft gestanden?
   (in Geldangelegenheiten, Wohnungsamt, Gesundheit)

5. Haben Sie momentan eine Arbeit?

6. Strauss-Skala

   nützlich beschäftigt:

   ständig,
   mehr als das halbe Jahr,
   teilzeitbeschäftigt oder etwa während der Hälfte der Zeit,
   vollbeschäftigt,
   weniger als die Hälfte,
   keine nützliche Arbeit,

7. Gab es irgendein auslösendes Ereignis innerhalb eines Monats vor Auftreten psychischer Symptome?

   Schwere Krankheit in der Familie, ernste Familienstreitigkeiten, finanzielle Niederlage, Arbeits- oder Schulschw., Todesfall, Scheidung.

8. Strauss-Skala

   Dauer der Nichthospitalisierung:

   nicht im Krankenhaus im letzten Jahr,
   weniger als drei Monate,
   3 - 6 Monate,
   länger als 6 Monate bis 9 Monate,
   mehr als 9 Monate,

9. Haben Sie Selbstmordversuche gemacht?

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN **FU** | **BERLIN**

Universitätsklinikum Charlottenburg
Psychiatrische Klinik und Poliklinik (WE 12)
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H. Helmchen

FUB, Psychiatrische Klinik, Eschenallee 3, D-1000 Berlin 19

Tel.-Durchwahl: (030) 3003-
intern: (992) 9228- App. _____
Vermittlung: (030) 3003-1

Datum: 18.6.1981 Fä/na

Sehr geehrte(r)

Sie wurden in unserer Klinik erstmals 1976 stationär aufgenommen.
Wir würden jetzt gerne von Ihnen erfahren, wie es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen ist und wie Sie sich heute fühlen. Von Ihnen und den anderen Patienten möchten wir dies erfragen, um damit im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit zu untersuchen, wie wirkungsvoll die damalige Behandlung war.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns bei dieser Untersuchung helfen würden und zu einem Gespräch mit uns bereit wären.

Wir schlagen Ihnen vor, uns am
in der Klinik (Eschenallee 3, 1000 Berlin 19) aufzusuchen.

Bitte melden Sie sich im ersten Stock im Zimmer 1162.
Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können, senden Sie bitte die beiliegende Karte mit einem Terminvorschlag, der Ihnen besser passt.
Sie können uns auch anrufen, und zwar unter der Nummer 3003783 (Frau Seipel). Wenn es Ihnen nicht möglich ist, in die Klinik zu kommen, können wir auch zu Ihnen kommen.
Auch dann senden Sie uns bitte die beiliegende Karte mit einem entsprechenden Vermerk zurück.

An Ihrer Mitarbeit sind wir sehr interessiert und würden uns freuen, von Ihnen eine positive Antwort zu erhalten.

Mit freundlichen Grüßen

Fähndrich
(Dr. E. Fähndrich)
Oberarzt der Klinik

S. Richter
(S. Richter)

Anhang 5

Absender

(Postfach oder Strasse und Hausnummer)

(Postleitzahl) (Ort)

Bitte wählen Sie :

Ich möchte lieber am ..... um ... Uhr kommen.

Bitte kommen Sie am ..... um ... Uhr zu mir nach Hause.

Postkarte

Psychiatr. Klinik der FUB

z.H. Dr. Fähndrich

Eschenallee 3

(Postfach oder Strasse und Hausnummer)

1000 Berlin 19

(Postleitzahl) (Bestimmungsort)

Berlin

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN **FU** **BERLIN**

Universitätsklinikum Charlottenburg (FB 3)
Psychiatrische Klinik und Poliklinik (WE 12)
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H. Helmchen

FUB, Psychiatrische Klinik, Eschenallee 3, D-1000 Berlin 19

Tel.-Durchwahl: (030) 3003- App. ____
Intern: (092) 9228-
Vermittlung: (030) 3003-1

Datum: 11.1. 1982
Fä/sp

Sehr geehrte (r)

Sie haben von uns im letzten Jahr einen Brief erhalten, in dem wir Sie baten, zu einem Gespräch in die Klinik zu kommen. Wie wir Ihnen damals schrieben, geht es um die Frage, wie es allen Patienten, die 1976/77 in unserer Klinik waren inzwischen ergangen ist. Leider haben Sie nicht geantwortet. Um einen guten Überblick zu gewinnen, ist es jedoch notwendig, möglichst viele der damaligen Patienten zu sprechen. Wir möchten Sie deshalb nochmals um Ihre Mitarbeit bitten.

Wir schlagen Ihnen vor uns am _____ um _____ in der Klinik (Eschenallee 3, 1000 Berlin 19) aufzusuchen.

Bitte melden Sie sich im 1. Stock im Zimmer 1162. Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können, senden Sie bitte die beiliegende Postkarte mit einem Terminvorschlag, der Ihnen besser paßt. Sie können uns auch anrufen und zwar unter der Nummer 3003783 (Frau Seipel). Wenn es Ihnen nicht möglich ist, in die Klinik zu kommen, können wir auch zu Ihnen kommen. Auch dann senden Sie uns bitte die beiliegende Karte mit einem entsprechenden Vermerk zurück.

An Ihrer Mitarbeit sind wir sehr interessiert und würden uns freuen von Ihnen eine positive Antwort zu erhalten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. E. Fähndrich
Oberarzt der Klinik

Frau Richter

Operationalisierung des Begriffes "chronifiziert":

In Anlehnung an Strauss und Carpenter (1972) müssen zur Verlaufsbeurteilung die Punkte A und B herangezogen werden:

A. Im psychopathologischen Befund müssen mindestens fünf der folgenden Symptome enthalten sein, aus denen die bei Index-Aufnahme gestellte Diagnose Schizophrenie nachvollziehbar ist.

- Konzentrationsstörungen
- gesperrtes Denken, - vorbeireden, - inkohärentes Denken, - Gedankenabreißen;
- Wahnstimmung, - Wahnwahrnehmungen, - Wahngedanken,
- Wahndynamik, - systematisierter Wahn, - verschiedene Wahninhalte.
- Illusionen, - Stimmenhören, - andere akust. u. optische Körper-, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen;
- Störungen der Ich-Identität, - Entfremdungserleben,
- Autismus, - Gedankenausbreitung, - Gedankenentzug,
- Gedankeneingebung, - Fremdbeeinflussung.
- ratlos, - affektarm, - ängstlich, - dysphorisch,
- mißtrauisch, - gespannt, - läppisch, - ambivalent,
- parathym, - affekstarr, - antriebsarm, - stuporös,
- mutistisch, - antriebsgesteigert, - mot. unruhig,
- Stereotypien, - negativistisch, - maniriert, - kontaktvermindert - Mangel an Krankheitsgefühl, - Mangel an Krankheitseinsicht.

B. Mindestens eines der folgenden Kriterien muß erfüllt sein:

- Soziale Verschlechterung, d.h. berufliche Verschlechterung.

- Abnahme von Sozialkontakten, Trennung oder Scheidung vom Partner, Verminderung aller sozialer Kontakte außerhalb des Arbeitsbereiches;
- Mehr als zwei Klinikaufenthalte innerhalb der letzten fünf Jahre.
- Ein Klinikaufenthalt im letzten Jahr.

Paranoid - halluzinatorisches Syndrom:

AMP-Merkmale:

Wahnstimmung - Wahnwahrnehmung - Wahneinfall/ - gedanken - Wahndynamik - systematisierter Wahn - Beziehungswahn - Beeinträchtigungs- / Verfolgungswahn - Stimmenhören - And. akust. Halluz. - Körperhalluzinationen - Geruchs- / Geschmackshalluzinationen - Gedankenausbreitung - Gedankenentzug - Gedankeneingebung - sonst. Fremdbeeinflussungserleben.

Manisches Syndrom:

AMP-Merkmale:

Beschleunigt/ideenfl. - Größenwahn - Gehoben/euphorisch - Läppisch - Ekstat.-verzückt - gesteigertes Selbstwertgefühl - antriebsgesteigert - maniriert - logorrhoisch - Kontakt vermehrt - Sexualität gesteigert -.

Psychoorganisches Syndrom:

AMP-Merkmale:

Bewußtseinstrübung - delirant - umdämmert - Orientierungsstör. zeitl. - Orientierungsstör. örtl. - orientierungsstör. situativ - orient.stör.eigen.Pers. - Merkfähigkeitsstörungen - Konfabulationen -.

Depressives Syndrom:

AMP-Merkmale:

Schuldwahn - Verarmungswahn - Stör. d. Vitalgefühle - deprimiert,traurig - hoffnungslos,verzweifelt - Insuff.-gefühl - Schuldgefühl - Verarmungsgefühl - Suicidtendenzen.

Apathisches Syndrom:

AMP-Merkmale:

Verlangsamt - eingeengt - umständlich - gefühlsverarmt/ affektarm - affektstarr - antriebsarm - kontaktvermindert - Beschäftigung erschw. -.

Hostilitätssyndrom:

AMP-Merkmale:

mürrisch-gereizt/dysph. - mißtrauisch, feindselig - gespannt, Ablehn. d. Behandl. - Aggressionstendenzen, Aggr. Handlungen -.

Stuporöses Syndrom:

AMP-Merkmale:

Gesperrt - antriebsgehemmt - stuporös - mutistisch - negativistisch - Nahrungsablehnung -.

Vegetatives Syndrom:

AMP-Merkmale:

Hypochondrie (n.wahn.) - Übelkeit - Hitzegefühl - Frösteln - Schwitzen - Atemstörungen - Kopfdruck o. Herzsensationen - Schwindel -.

Anhang 7

D a n k s a g u n g e n

Herrn Prof. Dr. H. Helmchen danke ich für die Überlassung des Themas dieser Dissertation.

Meinen besonderen Dank möchte ich Herrn Privatdozent Dr. E. Fähndrich aussprechen, der mich jederzeit untersützte. Sowohl seine fachliche Kompetenz als auch seine stets vorhandene Hilfsbereitschaft und Geduld haben mir die Fertigstellung der Arbeit ermöglicht.

Herrn K. Freudenthal danke ich für die immer freundliche Hilfe bei den statistischen Berechnungen.

Frau Rücker und Frau Müller möchte ich für die Untersützung der im Krankenblattarchiv geleisteten Arbeit danken.